ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

ไอศวรรยา ยอดวงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

ไอศวรรยา ยอดวงษ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการผดุงครรภ์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
2568
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

FACTORS PREDICTING CHILDBIRTH OUTCOMES AMONG ADOLESCENT MOTHERS IN A TERTIARY HOSPITAL, THE UPPER CENTRAL REGION THAILAND

AISAWANYA YODWONG

A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF
THE REQUIREMENTS FOR MASTER DEGREE OF NURSING SCIENCE
IN MIDWIFERY
FACULTY OF NURSING
BURAPHA UNIVERSITY
2025

COPYRIGHT OF BURAPHA UNIVERSITY

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของ ไอศวรรยา ยอดวงษ์ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์	คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	
.....	..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)	(รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล)
	..... กรรมการ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	(รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์)
.....	..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี)	(รองศาสตราจารย์พิริยา ศุภศรี)
	..... กรรมการ
	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เขมารดี มาสิงบุญ)

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. พรชัย จูลเมตต์)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ ของมหาวิทยาลัยบูรพา

..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิทวัส แจ้งเอี่ยม)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

63920130: สาขาวิชา: การผดุงครรภ์; พย.ม. (การผดุงครรภ์)
คำสำคัญ: ผลลัพธ์การคลอด/ มารดาวัยรุ่น/ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ไอศวรรยา ยอดวงษ์ : ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน. (FACTORS PREDICTING CHILDBIRTH OUTCOMES AMONG ADOLESCENT MOTHERS IN A TERTIARY HOSPITAL, THE UPPER CENTRAL REGION THAILAND) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: ศิริวรรณ แสงอินทร์, Ph.D., พิริยา ศุภศรี, วท.ม. ปี พ.ศ. 2568.

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การคลอดและปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่พักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ

ผลการวิจัย พบว่า มารดาวัยรุ่นมีผลลัพธ์การคลอดดี ร้อยละ 52 และมีผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ร้อยละ 48 ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ (OR: 12.096; 95%CI: 1.499, 97.633, $p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม (OR: 3.090; 95%CI: 1.478, 6.463, $p < .01$) โดยสามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น ได้ร้อยละ 21.9 (Nagelkerke $R^2 = .219$, $p < .01$)

ผลการวิจัยเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนการตั้งครรภ์ และให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอแก่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากปัจจัยทั้งสองนี้มีส่วนช่วยส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ดี

63920130: MAJOR: MIDWIFERY; M.N.S. (MIDWIFERY)
KEYWORDS: CHILDBIRTH OUTCOMES/ ADOLESCENT MOTHERS/ TERTIARY HOSPITAL

AISAWANYA YODWONG : FACTORS PREDICTING CHILDBIRTH OUTCOMES AMONG ADOLESCENT MOTHERS IN A TERTIARY HOSPITAL, THE UPPER CENTRAL REGION THAILAND. ADVISORY COMMITTEE: SIRIWAN SANGIN, Ph.D. PIRIYA SUPPASRI, M.N.S. 2025.

This study was predictive research aimed at examining childbirth outcomes and the predictive factors of childbirth outcomes among adolescent mothers. The sample consisted of 150 adolescent mothers under the age of 20 who were admitted to the postpartum ward of a tertiary hospital in the upper central region of Thailand. Participants were selected using simple random sampling. Data collection took place from March to August 2023. The research instruments included a personal and obstetric information questionnaire, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, a maternal health literacy questionnaire, and a health-promoting behavior questionnaire for pregnant adolescents. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis.

The results showed that 52% of adolescent mothers had good childbirth outcomes, while 48% had poor childbirth outcomes. Statistically significant predictors of good childbirth outcomes at the 0.05 level were: planned pregnancy (OR: 12.096; 95% CI: 1.499–97.633, $p < .05$) and social support (OR: 3.090; 95% CI: 1.478–6.463, $p < .01$). These factors together could predict 21.9% of the variance in childbirth outcomes (Nagelkerke $R^2 = .219$, $p < .01$).

The findings suggest that healthcare professionals should recognize the importance of pregnancy planning and provide adequate social support to adolescent pregnant women, as both factors contribute to improve childbirth outcomes.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยความกรุณาจากรองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลักที่ได้ให้คำปรึกษาด้วยความรัก ความเมตตา ปรารถนาดีต่อศิษย์ และรองศาสตราจารย์ พิริยา ศุภศรี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่กรุณาคอยให้คำแนะนำในการทำวิทยาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ทั้งสองคอยให้กำลังใจ ตลอดจนทุ่มเทเวลาอันมีค่าในการตรวจและแก้ไขปรับปรุงข้อบกพร่อง เอาใจใส่และคอยติดตามงานตลอดเวลา เพื่อให้สามารถผ่านอุปสรรคต่างๆได้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่เสียสละเวลา กรุณาให้คำแนะนำปรับปรุงแก้ไขทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย รวมทั้งให้คำแนะนำแก้ไขเครื่องมือ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่หน่วยงานบัณฑิตศึกษา ที่ให้คำแนะนำช่วยเหลือตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกหลังคลอด และทุกท่านในแผนกหลังคลอดที่อำนวยความสะดวกให้ความร่วมมือร่วมใจเป็นอย่างดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี และขอให้วิจัยฉบับนี้เป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพที่จะไปพัฒนาคุณภาพเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีต่อไป

ไอศวรรยา ยอดวงษ์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ฌ

สารบัญภาพ ..... ญ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

วัตถุประสงค์การวิจัย 5

สมมติฐานการวิจัย 6

กรอบแนวคิดในการวิจัย 6

ขอบขอบเขตการวิจัย 7

นิยามศัพท์เฉพาะ 8

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 10

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 10

ผลลัพธ์การคลอดในมารดาวัยรุ่น 13

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดในมารดาวัยรุ่น 21

บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย 42

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 42

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 43

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย 45

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง....46
การเก็บรวบรวมข้อมูล....47
การวิเคราะห์ข้อมูล....48
บทที่ 4 ผลการวิจัย....51
ผลการวิจัย....51
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล....59
สรุปผลการวิจัย....59
การอภิปรายผล....60
ข้อเสนอแนะ....67
บรรณานุกรม....68
ภาคผนวก....81
ภาคผนวก ก....82
ภาคผนวก ข....84
ภาคผนวก ค....89
ภาคผนวก ง....94
ประวัติย่อของผู้วิจัย....103

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น (n = 150).....51

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่น (n = 150) 53

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น (n = 150).....55

ตารางที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น (n = 150) 56

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยการวิเคราะห์ถดถอย 57

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ แบบตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว (Multiple binary logistic regression) (n = 150) 58

สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....7

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ถึงแม้ว่าในปัจจุบันอัตราการตั้งครรภ์และการคลอดของวัยรุ่นจะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ดังเห็นได้จากสถิติทั่วโลก พบอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ลดลงจาก 64.5 ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 41.3 คนในปี ค.ศ. 2023 ส่วนประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนพบว่า ในปี พ.ศ. 2563-2567 อัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน เท่ากับ 29.04, 25.34, 19.98, 18.76, และ 18.78 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) จะเห็นได้ว่าอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 15-19 ปี ลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการคลอดของมารดาวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ที่ลดลงเช่นกัน โดยพบว่า ในปีพ.ศ. 2563-2567 อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน เท่ากับ 26.49, 27.01, 24.83, 20.11 และ 20.06 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) แต่อย่างไรก็ตาม การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขของประเทศไทย

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ซึ่งหมายถึง ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นต่อทั้งมารดาและทารกแรกเกิดเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง เช่น มารดาคลอดผิดปกติ มารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน เป็นต้น ดังที่มีการศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 10-19 ปี) และหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-29 ปี) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะซีดหรือโลหิตจาง (ความเข้มข้นของเลือดน้อยกว่าร้อยละ 33) ร้อยละ 35 และมีภาวะซีดมากกว่าจากหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ร้อยละ 18.8 ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากภาวะทุพโภชนาการก่อนตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารและได้รับธาตุเหล็กเสริมไม่เพียงพอ ประกอบกับกลัวน้ำหนักเกินหลังคลอดจึงรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีน้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย (ธัญภา วรสิงห์, 2559) และจากการศึกษาของ Traisrisilp, Jaiprom, Luewan, and Tongsong (2015) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15 ปีหรือน้อยกว่า มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี อันได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด และทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และการศึกษาของ Kayika and Utama (2017) พบว่า หญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่นในประเทศอินโดนีเซียสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 40.3 รวมทั้งการศึกษาของ Eriksen, Melamed, Clapp, Little, and Zera (2016) พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศเนปาล ร้อยละ 50 ได้รับการผ่าตัดคลอด ซึ่งความชุกของการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ร้อยละ 10-15 ของการคลอดทั้งหมด (WHO, 2015) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความไม่สมบูรณ์ทางด้านชีวภาพ ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน ภาวะทุพโภชนาการ สัดส่วนระหว่างทารกในครรภ์กับเชิงกรานมารดาไม่สมดุล (Bhandari, Adhikari, Shrestha, & Rahman, 2021) และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลกระทบในระยะยาว ทำให้เกิดความอับอาย ภาวะซึมเศร้า การยอมรับทางสังคม และปัญหาสุขภาพจิต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น (Baldo, Corowan, Milladas, Flores, & Genelza, 2025).

นอกจากนี้ การตั้งครรภ์วัยรุ่นยังมีผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีอื่น ๆ ได้แก่ มีภาวะคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 3.30) และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (ร้อยละ 3.30) ซึ่งความชุกของภาวะคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยจะแตกต่างกันตามการศึกษา ดังการศึกษาของ Annan et al. (2021) พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศกานามีความชุกของภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12.5 และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 15.2 รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังการศึกษาของ ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา (2558) พบว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.75 เท่าที่ทารกจะคลอดก่อนกำหนด และ 1.68 เท่าที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ และการศึกษาของ Narukhutrpichai, Khrutmuang, and Chattrapiban (2016) พบว่า สัดส่วนของการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 16.2 กับร้อยละ 5.5) ผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีนี้อาจสัมพันธ์กับหลายปัจจัยที่แตกต่างกันทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ชีววิทยา และสิ่งแวดล้อม เช่น การศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ สภาพที่อยู่อาศัยไม่ดี ดังการศึกษาของ Annan et al. (2021) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีการศึกษา มีความเจ็บป่วย (Experienced illness) มีความหิวโหย (Experienced hunger) มีดัชนีความยากจน (Lived poverty index) สูง มีโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด 9, 3, 2.9 และ 2.5 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ไม่มีความเจ็บป่วย ไม่มีความหิวโหย และมีดัชนีความยากจนต่ำ นอกจากนี้ ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วย มีความยากจน มีความหิวโหย มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย 2.7, 2.5, และ 3 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีไม่มีความเจ็บป่วย ไม่มีความยากจน และไม่มีความหิวโหย รวมทั้งผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีนี้ยังขึ้นกับการปฏิบัติด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ระยะการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์

สภาพแวดล้อมภายในมดลูกขณะตั้งครรภ์ (Sintayehu & Beda, 2019) ดังการศึกษาของ Perez et al. (2020) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (Spontaneous preterm birth) ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ (Gestational weight gain) ไม่ดี (Perez et al., 2020)

จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีทั้งระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด เช่น การผ่าตัดคลอดบุตร คลอดก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เป็นต้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

การวางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 85 (Osterman et al., 2022) เนื่องจากความไม่พร้อมทางด้านจิตอารมณ์ และสังคม การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีได้ ดังการศึกษาของ Ticona, Huancob, and Ticona-Rendónb (2024) พบว่า หญิงตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (aPR=2.14; 95% CI 1.01-4.56) และการศึกษาของ Reuterwall et al. (2024) พบว่า หญิงที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 3.6 กับ ร้อยละ 1.7 (aOR. 2.1, 95%, CI 1.2-3.7)

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ และฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง (WHO, 2016) แต่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่าอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ดังการศึกษาของ ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2562) ศึกษาพบว่า หญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี จะมีโอกาสมาฝากครรภ์ล่าช้า (ฝากครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์) เป็น 2.6 เท่าของผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และการศึกษาของสุธารัตน์ ศรีเมือง (2561) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 16 ± 6.7 สัปดาห์ ส่วนหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์เฉลี่ย 13.2 ± 6.5 สัปดาห์ สาเหตุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้า น่าจะเกิดจากการตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน ข้อจำกัดทางด้านการเงิน และขาดสิ่งสนับสนุนทางสังคม (Worku & Woldesenbet, 2016) จึงมักไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพดีพอ อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี ได้แก่ การคลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar ต่ำ รวมทั้งอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจาง และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

(Govender, Reddy, & Ghuman, 2018) การฝากครรภ์ล่าช้ายังเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของทารกแรกเกิด Carvalho et al. (2020)

การสนับสนุนทางสังคม การที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพด้านร่างกาย คือ การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น ส่วนสุขภาพด้านจิตใจ คือ ทำให้เกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาและมีความเครียดลดลง การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อผลลัพธ์การคลอด ดังที่ Iranifard, Akbari, and Montazeri (2019) ศึกษาพบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.04 และ p= 0.03) ทารกแรกเกิดจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตมากกว่ามารดาที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า (p = 0.05) และการศึกษาของ Mondragón, Dorado, Gómez, Martínez, Linthon, and Benavides (2019) พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในขณะตั้งครรภ์ไม่เพียงพอเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมเป็น 4.59 เท่าของมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในขณะตั้งครรภ์ที่เพียงพอ (OR = 4.59; 95% CI, 2.27-.27; p < 0.01)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา (Maternal health literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาหมายถึง ทักษะการสร้างแรงจูงใจ การรับรู้ และการเข้าสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่จะทำให้ได้รับเข้าใจ และประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและทารก (Taheri et al., 2020) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดที่ดี หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ดังการศึกษาของ França et al. (2020) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 13-18 ปี) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 95 เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 23-28 ปี) ร้อยละ 53.3 (p < 0.001) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาที่ไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี ดังการศึกษาของ Yee et al. (2021) พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่า (aRR, 1.11; 95% CI, 1.01-1.23) การฉีกขาดของฝีเย็บมากกว่า (aRR, 1.44; 95% CI, 1.03-2.01) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อายุครรภ์มากกว่า (aRR, 1.34; 95% CI, 1.14-1.58) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า (aRR, 1.33; 95% CI, 1.07-1.65) และทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar ต่ำกว่า 4 มากกว่า (aRR, 2.78; 95% CI, 1.16-6.65) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอด อัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของมารดาและทารกในครรภ์ (Onat & Aba, 2015) วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน ชอบสำรวจและเปิดรับการเปลี่ยนแปลง จึงมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางโภชนาการที่ไม่ดี อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีได้ ดังมีการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และมีประวัติเคยเสพยาบ้ามาก่อน และยังคงดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในขณะตั้งครรภ์ การที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงสูบบุหรี่หรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทำให้ทารกแรกคลอดมีน้ำหนักตัวน้อยเสี่ยงต่อภาวะสมองพิการ (ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวลัย ตลึงวิจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์, 2555) การศึกษาของ Tarasi, Cornuz, Clair, and Baud (2022) พบว่า การคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีปัญหาระบบหายใจและทางเดินอาหาร ทารกตายในครรภ์ และการติดเชื้อในทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ขณะตั้งครรภ์อย่างหนัก ($\geq$ 20 มวน/วัน)

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะประสบกับผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่เจาะจงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในบริบทของประเทศไทยยังมีจำกัด ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการศึกษาผลลัพธ์การคลอดและปัจจัยทำนายในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ที่ยังอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ค่อนข้างสูง ผลการศึกษาในครั้งนี้คาดว่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

สมมติฐานการวิจัย

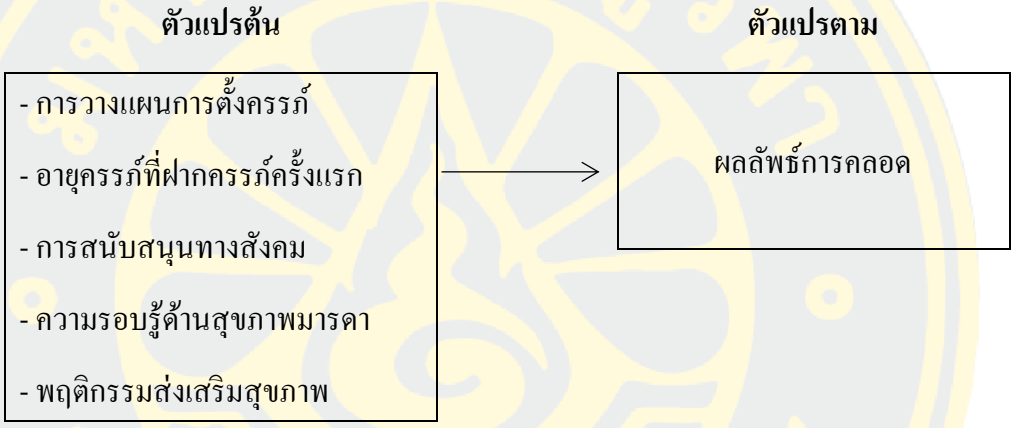
การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบนได้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ศึกษาภายใต้กรอบแนวคิด ปัจจัยตัวกลางที่มีผลต่อสุขภาพ (Intermediary determinants of health) ขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ซึ่งอธิบายว่าผลลัพธ์ด้านสุขภาพของบุคคลเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยตัวกลางที่เชื่อมโยงกับบริบททางโครงสร้างสังคม ซึ่งจำแนกออกเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) เงื่อนไขด้านวัตถุหรือกายภาพ เป็นเงื่อนไขที่สะท้อนถึงโอกาสหรือข้อจำกัดในการเข้าถึงทรัพยากรพื้นฐานที่จำเป็นต่อการส่งเสริมสุขภาพ เช่น สภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความมั่นคงทางอาหาร และการเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางชีวภาพ เป็นรูปแบบการดำเนินชีวิตของบุคคล และลักษณะเฉพาะทางชีวภาพของร่างกาย เช่น พฤติกรรมสุขภาพ ลักษณะทางพันธุกรรม หรือภาวะทางสรีรวิทยาที่ส่งผลต่อความไวต่อภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ และ 3) ปัจจัยด้านจิตสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียด ความสัมพันธ์กับผู้อื่น และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิต พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพโดยรวม ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมีผลลัพธ์การคลอดเชิงลบมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เนื่องจากการตั้งครรภ์ในช่วงวัยนี้มักเกิดขึ้นโดยไม่พร้อมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยที่สอดคล้องกับกรอบแนวคิดดังกล่าว เพื่อวิเคราะห์อิทธิพลต่อผลลัพธ์ของการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนี้ เงื่อนไขด้านวัตถุหรือกายภาพ ได้แก่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า จึงไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพดีพอ อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี เช่น การคลอดก่อนกำหนด สำหรับปัจจัยด้านพฤติกรรมและปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักไม่ได้เกิดจากการวางแผนล่วงหน้า ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และเพิ่มความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย หรือทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Ticona et al., 2024; Reuterwall et al., 2024) และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มประพฤติพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพมากกว่าวัยอื่น เช่น การดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักน้อย ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และปัญหาทางระบบทางเดินหายใจและทางเดินอาหารในทารกแรกเกิด (Tarasi et al., 2022) ด้าน

ปัจจัยจิตสังคม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับต่ำมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยมากกว่าผู้ที่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอ (Mondragón et al., 2019) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีแนวโน้มพบกับภาวะแทรกซ้อน เช่น การคลอดโดยการผ่าตัด การฉีกขาดของฝีเย็บ ทารกน้ำหนักตัวน้อย หรือคะแนน Apgar ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง (Yee et al., 2021) ดังแสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย แผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การคลอด และปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่พักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน จำนวน 150 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566

นิยามศัพท์เฉพาะ

มารดาวัยรุ่น หมายถึง มารดาที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี (อายุ 12-19 ปี) ในระยะ 24-48 ชั่วโมงหลังคลอด ที่พักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

ผลลัพธ์การคลอด หมายถึง ผลลัพธ์สุดท้ายของมารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์การคลอดดี หมายถึง การที่มารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและระยะหลังคลอด (ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) เช่น มารดาคลอดปกติ ทารกคลอดครบกำหนด น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น และ 2) ผลลัพธ์การคลอดไม่ดี หมายถึง การที่มารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดมีสุขภาพไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและระยะหลังคลอด (ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่า เช่น มารดาคลอดผิดปกติ มารดาตกเลือดหลังคลอด ทารกคลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (< 2,500 กรัม) ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตายปริกำเนิด เป็นต้น ซึ่งประเมินได้จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ข้อ 14-18 ภาวะแทรกซ้อนของมารดา (ระยะคลอด และระยะหลังคลอด) วิธีการคลอด อายุครรภ์เมื่อคลอด น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด

การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง การที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดมีการวางแผนการตั้งครรภ์ไว้ล่วงหน้าเพื่อให้มีการตั้งครรภ์ขณะที่มีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ข้อที่ 8 การวางแผนการตั้งครรภ์ ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ 1) วางแผน และ 2) ไม่ได้วางแผน

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง อายุครรภ์ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ข้อที่ 10 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของมารดาวัยรุ่นต่อการได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนต่าง ๆ จากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นแบบสอบถามที่ Boonyamalik (2005) แปลย้อนกลับ (Back translation) จากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS] ของ Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา หมายถึง ความสามารถของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ มีความเข้าใจ การประเมิน และตัดสินใจประยุกต์ข้อมูลด้านสุขภาพ

ไปใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ที่สินีนาท วราโภค, เอมพร รตินธร และปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง (2563) ที่แปลย้อนกลับจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา (Maternal health literacy [MaHeLi]) ของ Guttersrud, Naigaga, and Pettersen (2015)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่มารดาวัยรุ่นหลังคลอดปฏิบัติในขณะที่ตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งประเมินได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ผู้วิจัยแปลด้วยเทคนิคการแปลไปข้างหน้า (Forward translation technique) จากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น (Adolescent Health Promotion Scale) ของ Tomás, Queirós, Teresa and Ferreira (2015)

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
   1.1 สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
   1.2 ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
   1.3 พัฒนาการของวัยรุ่น
2. ผลลัพธ์การคลอดในมารดาวัยรุ่น
   2.1 ความหมายของผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอด
   2.2 ผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดของหญิงตั้งครรภ์/มารดาวัยรุ่น
   2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดของหญิงตั้งครรภ์/มารดาวัยรุ่น
3. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดในมารดาวัยรุ่น
   3.1 การวางแผนการตั้งครรภ์
   3.2 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก
   3.3 การสนับสนุนทางสังคม
   3.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา
   3.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ณ ปี ค.ศ. 2019 วัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางมีประมาณ 21 ล้านคนที่ตั้งครรภ์ ประมาณร้อยละ 50 เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจและมีประมาณ 12 ล้านคนที่คลอด และร้อยละ 55 ของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสิ้นสุดลงด้วยการทำแท้ง ซึ่งมักเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Sully et al., 2020) จากสถิติทั่วโลก พบอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี/ประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน ลดลงจาก 64.5 ในปี ค.ศ. 2000 เป็น 41.3 คนในปี ค.ศ. 2023 และในปี ค.ศ. 2013 พบอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-14 ปี/ประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี 1,000 คน เท่ากับ 1.5 แต่อย่างไรก็ตาม อัตราการคลอดเปลี่ยนแปลงไม่เท่ากันใน

แต่ละภูมิภาคของโลก โดยลดลงอย่างรวดเร็วที่สุดในเอเชียใต้ และลดลงช้าในภูมิภาคละตินอเมริกาและแคริบเบียน (Caribbean) และภูมิภาคแอฟริกาใต้สะฮารา (Sub-Saharan Africa) (WHO, 2024) สำหรับประเทศไทย อัตราการคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก็มีแนวโน้มลดลงเช่นกัน ดังรายงานสถิติการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2561-2565 พบอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี/ ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน เท่ากับ 35.0, 31.3, 28.7, 24.4 และ 21.0 และอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-14 ปี/ประชากรหญิง อายุ 10-14 ปี 1,000 คน เท่ากับ 1.2, 1.1, 0.9, 0.9 และ 0.8 ตามลำดับ และ เมื่อพิจารณาแยกตามเขตสุขภาพ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า อัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี /ประชากรหญิง 15-19 ปี 1,000 คน ที่สูงเป็น 3 อันดับแรก ได้แก่ เขต 6 (จันทบุรี ฉะเชิงเทรา ชลบุรี ตราด ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว) เท่ากับ 25.2 รองลงมา คือ เขต 5 (กาญจนบุรี นครปฐม ประจวบคีรีขันธ์ เพชรบุรี ราชบุรี สมุทรสงคราม สมุทรสาคร สุพรรณบุรี) เท่ากับ 24.8 และ เขต 2 (ตาก พิษณุโลก เพชรบูรณ์ สุโขทัย และอุตรดิตถ์) เท่ากับ 24.6 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งสูงกว่าอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 15-19 ปี) ประชากรหญิง อายุ 15-19 ปี 1,000 คน ระดับประเทศ เท่ากับ 21.0 จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าอัตราการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นลดลงตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสถิติการคลอดของวัยรุ่นเขตสุขภาพที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยพบว่าในปีพ.ศ. 2561-2565 อัตราการคลอดมีชีพในหญิง อายุ 15-19 ปี ต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปี 1,000 คน เท่ากับ 33.19, 26.49, 27.01, 24.83 และ 20.11 ตามลำดับ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2568) แต่อย่างไรก็ตาม การตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญทางสังคมและสาธารณสุขของประเทศ

สรุป สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแต่ละภูมิภาคทั่วโลกมีแนวโน้มลดลง ในประเทศไทยก็เช่นกัน แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่บุคลากรทางสุขภาพต้องให้ความสนใจ

ความหมายของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

วัยรุ่นเป็นช่วงของชีวิตระหว่างวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่ มีอายุในช่วง 10-19 ปี เป็นช่วงการพัฒนาของมนุษย์ที่ไม่เหมือนใครและเป็นช่วงเวลาสำคัญในการวางรากฐานของการมีสุขภาพที่ดี

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลาที่คลอดบุตร (มนฤดี เตชะอินทร์ และพรรณี ศิริวรรธนาภา, 2555)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีบริบูรณ์เมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์ โดยที่ร่างกายของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ ยังไม่เข้าสู่วัย

ผู้ใหญ่ ยังคงต้องพึ่งพาบิดามารดาในการส่งเสียเลี้ยงดู ทำให้ส่งผลกระทบในด้านต่างๆ มากมาย (มาลี เกื้อนพกุล, 2556)

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ของหญิงที่มีอายุในช่วง 10-19 ปี ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ (Ganchimeg et al., 2014, WHO, 2018)

สรุป การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น หมายถึง การตั้งครรภ์ในหญิงที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ณ วันที่คลอด หรือเมื่อสิ้นสุดการตั้งครรภ์

พัฒนาการของวัยรุ่น

พัฒนาการของวัยรุ่น แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (Cunha, 2024)

1. วัยรุ่นตอนต้น (Early adolescence) อายุระหว่าง 10 -13 ปี เป็นช่วงที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายอย่างชัดเจน เช่น ขนขึ้นใต้รักแร้และบริเวณใกล้อวัยวะเพศ การเจริญเติบโตของเต้านมและการเริ่มมีประจำเดือนในเพศหญิง และการขยายตัวของอัณฑะและการหลั่งน้ำอสุจิในเพศชาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกายนี้อาจทำให้เกิดความอยากรู้และความวิตกกังวล ยังให้ความสำคัญกับตัวเองเป็นหลัก มักยึดติดอยู่กับความคิดของตัวเอง ทำให้บางครั้งหากมีความคิดเห็นไม่ตรงกับผู้อื่น อาจต่อต้านและแสดงออกอย่างก้าวร้าว เริ่มต้องการความเป็นอิสระมากขึ้น และอาจเริ่มถอยห่างจากครอบครัว

2. วัยรุ่นตอนกลาง (Middle adolescence) อายุระหว่าง 14 -17 ปี การเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นตอนต้นก็ยังคงดำเนินต่อไป ระดับฮอร์โมนที่เพิ่มสูงขึ้นอาจทำให้บางคนมีสิว เพศชายส่วนใหญ่จะมีการเจริญเติบโตที่ก้าวกระโดด เสียงค่อย ๆ ทุ้มต่ำลง และสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ส่วนเพศหญิงจะมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพเกือบสมบูรณ์ ส่วนใหญ่จะมีประจำเดือนแล้ว ความคิดจะพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีวิธีคิดที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ เนื่องจากสมองกลีบหน้าที่ทำหน้าที่ควบคุมการตัดสินใจที่ซับซ้อนและควบคุมอารมณ์ยังพัฒนาได้ไม่เต็มที่ ส่วนใหญ่จะพัฒนาจนสมบูรณ์เมื่ออายุ 20 ปีขึ้นไป เริ่มสนใจเรื่องความรัก เริ่มมีความต้องการทางเพศ ต้องการเป็นอิสระมากขึ้น และเริ่มใช้เวลากับเพื่อนมากกว่าครอบครัว

3. วัยรุ่นตอนปลาย (Late adolescence) อายุระหว่าง 18 -21 ปี เป็นระยะที่พัฒนาการด้านต่าง ๆ เข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์ สามารถควบคุมอารมณ์ของตัวเองได้มากขึ้น ตัดสินใจได้รอบคอบและถี่ถ้วนขึ้น มีความคิดเป็นของตัวเอง รู้ถึงคุณค่าและศักยภาพของตัวเองเป็นอย่างดี เริ่มให้ความสำคัญกับอนาคตของตัวเอง มีความมั่นคงในเรื่องของความสัมพันธ์และมิตรภาพมากขึ้น บางคนอาจแยกตัวเองออกมาจากครอบครัวแล้วและพึ่งพิงครอบครัวน้อยลง

สรุป วัยรุ่นแบ่งได้ 3 ระยะ คือ วัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย ตามพัฒนาการด้านร่างกาย จิต อารมณ์ สังคมและความรู้คิด

ผลลัพธ์การคลอดในมารดาวัยรุ่น

ความหมายของผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอด

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ (Pregnancy outcome) หรือผลลัพธ์การคลอด (Childbirth outcome) คือ ผลลัพธ์สุดท้ายของการปฏิสนธิที่เกิดขึ้นกับทารกแรกเกิดในช่วงตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์-สัปดาห์แรกหลังคลอด ประกอบด้วย การเกิดมีชีพ (Live birth) แบ่งเป็นการคลอดครบกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด (Full-term or preterm birth) ทารกตายคลอด/ทารกตายในครรภ์ (Stillbirth/Intrauterine fetal death) แท้งเอง (Spontaneous abortion) การทำแท้ง (Induced abortion) และการตายของทารกก่อนอายุ ครบ 7 วัน (Early neonatal death) (Yeshialem, Abera, & Tesfay, 2017) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์สามารถอธิบายได้ว่าเป็นบวกหรือลบต่อมารดาและทารก การตั้งครรภ์ที่ปกติและการคลอดทารกที่มีสุขภาพดี ถือว่าผลลัพธ์การตั้งครรภ์เป็นบวก ในขณะที่มารดามีภาวะแทรกซ้อน เช่น มีภาวะซีด ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ และการตาย ถือว่าผลลัพธ์การตั้งครรภ์เป็นลบ (Bello, Esan, Akerele, & Fadare, 2022) ส่วนคำว่า ผลลัพธ์การคลอด หมายถึง ผลลัพธ์สุดท้ายเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ซึ่งประกอบด้วย

สรุป ผลลัพธ์การตั้งครรภ์/ผลลัพธ์การคลอด คือ ผลสุดท้ายของการตั้งครรภที่มีต่อมารดาและทารก ซึ่งผลสุดท้ายนั้นอาจเป็นบวกหรือลบก็ได้ หากมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน ถือว่า ผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดเป็นบวกหรือดี แต่หากมารดาและทารกนั้นมีภาวะแทรกซ้อน ถือว่า ผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดเป็นลบหรือไม่ดี

ผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดของหญิงตั้งครรภ์/มารดาวัยรุ่น

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่วนใหญ่เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มักจะยากจน มีการศึกษาน้อย และอาศัยอยู่ในชนบท (WHO, 2020) รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์นอกสมรสและการตั้งครรภ์ไม่ตั้งใจ (Kara, Dogan, Alyanak, & Akaltun, 2017) ในช่วงการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเป็นวัยผู้ใหญ่ที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระวิทยา กายวิภาค โครงสร้าง และจิตสังคมอย่างมากมาย แต่เนื่องจากวัยรุ่นยังไม่ได้เตรียมพร้อมด้านร่างกายและจิตใจเพื่อการตั้งครรภ์ จึงมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลเสียต่อสุขภาพอย่างรุนแรง การคลอดบุตรในช่วงวัยรุ่นจึงส่งผลร้ายแรงต่อสุขภาพของแม่และทารก (Maheshwari, Khalid, Patel, Alghareeb, & Hussain, 2022) ดังนี้ จึงเป็นกลุ่มที่มักมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี (Adverse pregnancy outcomes) (Maheshwari, Khalid, Patel, Alghareeb, & Hussain, 2022) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดีเป็นคำที่กว้าง ประกอบด้วยปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับมารดา ทารกแรกเกิด หรือทั้งมารดาและทารกแรกเกิดในระหว่างการตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด (Tadese et al., 2022)

บางครั้งมีการใช้คำว่า ผลลัพธ์การคลอด (Childbirth outcome) ซึ่งหมายถึง ผลลัพธ์สุดท้ายของมารดาและทารกแรกเกิดเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ดังที่ Ranjbar et al. (2023) ศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ การคลอด และทารกแรกเกิดที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ ≤ 19 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย (OR: 1.47, 95%CI: 1.01–2.73), การเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (OR: 1.96, 95%CI: 1.31–2.45) และการถ่ายเหลวขี้เทา (OR: 1.74, 95%CI: 1.41–2.32) สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี และการศึกษาของ Ogawa et al. (2019) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ การศึกษาแบบตัดขวางหลายศูนย์ในประเทศญี่ปุ่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงในการคลอดก่อนกำหนด (aRR 1.17, 95% CI, 1.08-1.27), ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (aRR 1.08, 95% CI, 1.01–1.15) และคะแนน Apgar ต่ำ (aRR 1.41 95%CI, 1.15–1.73) สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20–24 ปี อย่างมีนัยสำคัญ

นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความเกี่ยวข้องอย่างยิ่งกับผลลัพธ์ที่ไม่ดีต่อทั้งมารดาและทารกแรกเกิดมากว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ ดังนี้

ผลลัพธ์ด้านมารดา (Maternal outcomes)

การศึกษาผลกระทบของวัยรุ่นต่อผลลัพธ์ด้านมารดาและทารกแรกเกิดในกลุ่มหลายเชื้อชาติที่คลอดในเมือง Bradford ของ Marvin-Dowle, Kilner, Burley, and Soltani (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะได้รับการผ่าตัดคลอด (aOR 0.53, 95% CI, 0.42 - 0.67) และใช้เครื่องมือช่วยคลอด (aOR 0.53, 95% CI, 0.41- 0.67) น้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-34 ปี การศึกษาผลลัพธ์ด้านมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ของ Kamini and Avvaru (2014). พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-30 ปี) มีอัตราการผ่าตัดคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ร้อยละ 38 กับ ร้อยละ 25) นอกจากนี้ ยังพบภาวะซีด ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด และการคลอดติดขัด ในมารดาวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลนางรอง ของ สุธารัตน์ ศรีเมือง (2561) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี ส่วนใหญ่คลอดทางช่องคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อายุ 20-25 ปี (ร้อยละ 81 กับ ร้อยละ 69.6, $p < 0.05$) และมีอัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า (ร้อยละ16.1 กับ ร้อยละ 28.8, $p < 0.05$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า แม้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะมีช่องอุ้งเชิงกรานขนาดเล็กกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ แต่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นก็มักจะคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย และคลอดก่อนกำหนด จึงส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถคลอดทางช่องคลอดได้ และการศึกษาผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์วัยรุ่น: การศึกษาแบบตัดขวางในเหอเป่ย ของ Zhang et al. (2020) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การตั้งครรภ์ระหว่างหญิงตั้งครรภ์อายุ 10 -19 ปี กับหญิง

ตั้งครรภ์อายุ 20 -34 ปี พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุ 10-19 ปี มีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดน้อยกว่า (aRR: 0.75, 95%, CI, 0.70-0.80) รวมทั้งความถี่ของการผ่าตัดคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเองก็แตกต่างกัน นั่นคือ ความถี่ของการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์อายุ 10-13 ปี, 14-17 ปี และ 18-19 ปี เท่ากับ ร้อยละ18.5 ร้อยละ 16.4 และ ร้อยละ 20.1 ตามลำดับ ($P < .001$)

ผลลัพธ์ด้านทารกแรกเกิด (Newborn outcomes)

การศึกษาผลลัพธ์ด้านทารกในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่ไปในทิศทางเดียวกัน คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะมีผลลัพธ์การคลอดด้านทารกที่เป็นลบ ดังการศึกษาผลลัพธ์ด้านมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของ Kamini and Avvaru (2014) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีสัดส่วนของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (ร้อยละ 38 กับ ร้อยละ 18) การความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ ในประเทศญี่ปุ่น ของ Ogawa et al. (2019) พบว่า มารดาวัยรุ่นมีความเสี่ยงที่จะคลอดทารกก่อนกำหนด ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และทารกแรกเกิดมีคะแนนแอพการ์ต่ำมากกว่ามารดาอายุ 20-24 ปี เป็น 1.17, 1.08 และ 1.41 เท่าตามลำดับ การศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์และการคลอดในมารดาวัยรุ่นของ Ganchimeg et al. (2014) พบว่า มารดาอายุ 10-19 ปี มีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกคลอดก่อนกำหนด และทารกมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงมากกว่ามารดาอายุ 20-24 ปี และการศึกษาผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์วัยรุ่นของ Zhang et al. (2020) พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุ 10-19 ปีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกก่อนกำหนด (aRR: 1.76, 95% CI, 1.54-2.01) การคลอดทารกที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (aRR: 1.19, 95% CI, 1.08 -1.30) ทารกตายคลอด (aRR: 2.58, 95% CI, 1.83-3.62) และการตายของทารกแรกเกิด (aRR: 2.63, 95% CI, 1.60 - 4.32) มากกว่าหญิงตั้งครรภ์อายุ 25-34 ปี นอกจากนี้ยังพบว่า มารดาวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดมีความคะแนน Apgar นาทีที่ 1 ต่ำกว่า 7 ($p = 0.003$) และการคลอดก่อนกำหนด ($p= 0.004$) การศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและปัจจัยเสี่ยง ของ Diabelková et al. (2023) พบว่า มารดาวัยรุ่น อายุน้อยกว่า 19 ปี คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ อายุ 20 - 34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และการศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลนางรอง ของ สุธารัตน์ ศรีเมือง (2561) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี คลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ อายุ 20-25 ปี (ร้อยละ 13.2 กับ ร้อยละ 4.6, $p < 0.05$) และทารกแรกเกิดมีภาวะขาดออกซิเจน (คะแนน Apgar นาทีที่ 1 น้อยกว่า 7) ร้อยละ 2.4 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 2.4 กับ ร้อยละ 0.3, $p < 0.05$)

สรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ว่า บางครั้งมีการใช้คำว่า “ผลลัพธ์การตั้งครรภ์” และบางครั้งใช้คำว่า “ผลลัพธ์การคลอด” ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้คำว่า “ผลลัพธ์การคลอด” ซึ่งหมายถึง ผลลัพธ์สุดท้ายของมารดาและทารกแรกเกิดเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ซึ่งเน้นที่ผลลัพธ์สุดท้ายที่เกิดขึ้นกับมารดาและทารกแรกเกิดในระยะคลอดและระยะหลังคลอด โดยให้ความหมายของผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นว่า ผลลัพธ์สุดท้ายของมารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดเมื่อการตั้งครรภ์สิ้นสุดลง ซึ่งแบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่ 1) ผลลัพธ์การคลอดดี หมายถึง การที่มารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดมีสุขภาพดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและระยะหลังคลอด (ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) เช่น มารดาคลอดปกติ ทารกคลอดครบกำหนด น้ำหนักตัวทารกแรกเกิดอยู่ในเกณฑ์ปกติ เป็นต้น และ 2) ผลลัพธ์การคลอดไม่ดี หมายถึง การที่มารดาวัยรุ่นและทารกแรกเกิดมีสุขภาพไม่ดี มีภาวะแทรกซ้อนในระยะคลอดและระยะหลังคลอด (ไม่เกิน 24 ชั่วโมง) อย่างใดอย่างหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง เช่น มารดาคลอดผิดปกติ มารดาตกเลือดหลังคลอดระยะแรก ทารกคลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (< 2,500 กรัม) ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน ทารกพิการแต่กำเนิด ทารกตายปริกำเนิด เป็นต้น

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดของมารดาวัยรุ่น

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดของหญิงตั้งครรภ์/มารดาวัยรุ่น พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ปัจจัยด้านสุขภาพ (Health factors) การเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ในช่วงวัยรุ่น จะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งด้านสรีรวิทยา และกายวิภาค จึงมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี เช่น ภาวะโลหิตจาง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี ดังการศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: ผลกระทบของการรักษาต่อผลลัพธ์ในระยะก่อนคลอด ของ Pinho-Pompeu, Surita, Pastore, Paulino, and Silva (2017) พบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 41.27 แบ่งเป็นระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง (ร้อยละ 65.60 ร้อยละ 33.86 และ ร้อยละ 0.52 ตามลำดับ) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางและได้รับการรักษาด้วยการเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 87.24 นอกจากนี้ยังพบว่า การคลอดก่อนกำหนด ($p = 0.003$) การคลอดก่อนอายุครรภ์ <37 สัปดาห์ ($p = 0.036$) และตายคลอด ($p = 0.004$) มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางที่ไม่ได้รับการรักษา และการศึกษาภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในภาคตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศมาเลเซีย ของ Jusoh, Ismail, and Daud (2015) พบว่า มารดาวัยรุ่นที่มีภาวะโลหิตจางคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Low birth weight) ทารกแรกเกิดที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (Small for gestational age) และคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 24.0 ร้อยละ 30.8 และร้อยละ 15.4

ตามลำดับ) เนื่องจากภาวะโลหิตจางอาจทำให้การไหลเวียนของเลือดไปยังรกลดลง ส่งผลให้เกิดการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ ภาวะโลหิตจางยังอาจทำให้ทารกในครรภ์เกิดภาวะเครียดและขาดออกซิเจน ซึ่งจะไปกระตุ้นการสร้างฮอร์โมน Corticotrophin-releasing hormone (CRH) นำไปสู่การคลอดก่อนกำหนด รวมทั้งการขาดธาตุเหล็กอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในมารดา ซึ่งสามารถกระตุ้นการสร้าง Corticotrophin-releasing hormone และนำไปสู่การคลอดก่อนกำหนดได้ นอกจากนี้ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังอยู่ในระยะพัฒนาการทางร่างกายและจิตใจ จึงมีความเสี่ยงสูงที่การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสมมีผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ดังการศึกษาการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักที่ไม่เหมาะสมในระหว่างตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น: ความชุกและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ของ Vivatkusol, Thavaramara, and Phaloprakarn (2017) พบอุบัติการณ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ไม่เหมาะสม ร้อยละ 61.7 หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (Underweight) มีแนวโน้มที่จะมีภาวะโลหิตจางและการคลอดก่อนกำหนด ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มีแนวโน้มที่จะผ่าตัดคลอด เนื่องจากศีรษะทารกกับเชิงกรานมารดาไม่ได้สัดส่วนกัน เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ตามเกณฑ์ การศึกษาผลกระทบของดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ และการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ต่อผลลัพธ์การพัฒนาของทารกในครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ของ Grobeisen-Duque (2024) พบว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกโตช้าในครรภ์ และคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นขณะตั้งครรภ์มากกว่าเกณฑ์สัมพันธ์กับการคลอดทารกตัวโต (Macrosomic neonates) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เชิงอภิมานของคำแนะนำในการเพิ่มน้ำหนักขณะตั้งครรภ์และผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องในประเทศบราซิล ของ Godoy, Nascimento, and Surita (2015) พบว่า หากหญิงตั้งครรภ์มีน้ำหนักเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์ไม่เพียงพอมีความสัมพันธ์กับทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ แต่ถ้ามีน้ำหนักเพิ่มขึ้นในขณะตั้งครรภ์มากเกินไปมีความสัมพันธ์กับภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูง และมีอัตราการผ่าตัดคลอดที่สูงขึ้น

2. ปัจจัยด้านการรู้คิด และพฤติกรรม *(Cognitive - behavioral factors)* การรู้คิดเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้ที่เกี่ยวข้องกับกลไกทางสมอง ประกอบด้วย การรับรู้ การคิด การเข้าใจ การใช้เหตุผล การตัดสินใจ การวางแผน การจำ การจินตนาการ เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกถึงความรู้สึก นึกคิด ความต้องการของจิตใจที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าปัจจัยด้านการรู้คิด และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดของหญิงตั้งครรภ์ ได้แก่

การวางแผนการตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนการตั้งครรภ์พบได้ในหญิงตั้งครรภ์ทุกวัย แต่ส่วนใหญ่มักพบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เนื่องจากความไม่พร้อมทางด้านจิตอารมณ์และสังคม จึงมักจะมาฝากครรภ์ล่าช้า ซึ่งอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีได้ ดังการศึกษาผลกระทบของการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนต่อผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด ในประเทศเปรู ของ Ticona, Huancob, and Ticona-Rendónb (2024) พบว่า หญิงตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนการตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (aPR 2.14; 95% CI, 1.01- 4.56) และการศึกษาแบบย้อนหลังเกี่ยวกับการวางแผนการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของทารกแรกเกิดของ Reuterwall et al. (2024) พบว่า หญิงที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์มีแนวโน้มที่จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่ากณฑ์มากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 3.6 กับร้อยละ 1.7) (aOR 2.1, 95% CI, 1.2-3.7)

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การเริ่มฝากครรภ์ทันทีที่ตั้งครรภ์ ควบคู่กับการฝากครรภ์อย่างสม่ำเสมอและพอเพียงมีความสำคัญต่อสุขภาพมารดาและทารกในครรภ์ (Lattof et al., 2019) องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง และการฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ (WHO, 2016) แต่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่าเวลาที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ สาเหตุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าน่าจะเกิดจากการตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน ข้อจำกัดทางด้านการเงิน และขาดสิ่งสนับสนุนทางสังคม (Worku & Woldesenbet, 2016) จึงมักไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพดีพอ อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีได้ ดังการศึกษาผลลัพธ์ทางสูติกรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใน KwaZulu-Natal ประเทศแอฟริกาใต้ ของ Govender, Reddy, and Ghuman (2018) พบว่าการตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าและจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพของมารดาและทารก กล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีจำนวนการฝากครรภ์ต่ำกว่า 4 ครั้งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการคลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) (OR 2.64; 95% CI , 1.04- 6.74; $p < 0.05$) การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar ต่ำ รวมทั้งอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจาง และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา หมายถึง ทักษะการสร้างแรงจูงใจ การรับรู้ และการเข้าสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่จะทำให้ได้รับ เข้าใจ และประยุกต์ใช้ความรู้เพื่อปกป้องและส่งเสริมสุขภาพของตนเองและทารก (Taheri et al., 2020) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาที่เพียงพอเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดที่ดี หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ ดังการศึกษาเพื่อประเมินความ

รอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในพื้นที่รายได้ต่ำ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศบราซิล ของ França et al. (2020) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 13-18 ปี) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ ร้อยละ 95 เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 23-28 ปี) ร้อยละ 53.3 ($p < 0.001$) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาที่ไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี ดังการศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์แรกและผลลัพธ์ของมารดาและทารกแรกเกิด ของ Yee et al. (2021) พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อการผ่าตัดคลอดมากกว่า (aRR 1.11; 95% CI, 1.01-1.23) การฉีกขาดของฝีเย็บมากกว่า (aRR, 1.44; 95% CI, 1.03-2.01) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์อายุครรภ์มากกว่า (aRR 1.34; 95% CI, 1.14-1.58) ทารกแรกเกิดน้ำตัวน้อยมากกว่า (aRR 1.33; 95% CI, 1.07 - 1.65) และทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar ต่ำกว่า 4 มากกว่า (aRR 2.78; 95% CI, 1.16 - 6.65) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในขณะตั้งครรภ์ เนื่องจากมีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์การคลอด อัตราการเสียชีวิตและการเจ็บป่วยของมารดาและทารกในครรภ์ (Onat & Aba, 2015) วัยรุ่นเป็นช่วงเปลี่ยนผ่าน ชอบสำรวจ และเปิดรับการเปลี่ยนแปลง จึงมีความเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางโภชนาการที่ไม่ดี ฯลฯ จึงอาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีได้ ดังการศึกษาแบบตัดขวางเป็นระยะเวลา 10 ปี เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในระหว่างตั้งครรภ์และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อทารกในครรภ์ ของ Tarasi, Cornuz, Clair, and Baud (2022) พบว่าการสูญบุหรี่ขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด คลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกมีปัญหาระบบหายใจและทางเดินอาหาร ทารกตายในครรภ์และการติดเชื้อในทารกแรกเกิดมีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่อย่างหนัก ($\geq$ 20 มวน/วัน)

3. ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐานะ (Sociodemographic factors) เป็นบริบททางสังคมที่เชื่อมโยงกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดที่หลากหลาย เช่น การเสียชีวิต การเจ็บป่วย และสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ได้แก่

การสนับสนุนทางสังคม การที่หญิงตั้งครรภ์รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจะเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพด้านร่างกาย คือ การทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกันดีขึ้น ส่วนสุขภาพด้านจิตใจ คือ ทำให้เกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาและมีความเครียดลดลง รวมทั้งส่งผลบวกต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอด ดังการศึกษาการรับรู้

การสนับสนุนทางสังคมและผลลัพธ์ของการตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงเปราะบางของ Iranifard, Akbari, and Montazeri (2019) พบว่า การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมีความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p= 0.04 และ p= 0.03) ทารกแรกเกิดจำเป็นต้องได้รับการดูแลในหออภิบาลทารกแรกเกิดวิกฤตมากกว่ามารดาที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูงกว่า (p = 0.05) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ไม่เพียงพอในระหว่างตั้งครรภ์กับน้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำ ของ Mondragón, Dorado, Gómez, Martínez, Linthon, and Benavides (2019) พบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในขณะตั้งครรภ์ไม่เพียงพอเพิ่มโอกาสเสี่ยงของการคลอดทารกน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เป็น 4.59 เท่าของมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในขณะตั้งครรภ์ที่เพียงพอ (OR 4.59; 95% CI, 2.27-.27; p<0.01)

ระดับการศึกษา การศึกษาปัจจัยกำหนดทารกตายคลอดในหญิงที่คลอดในเขต Amhara ประเทศเอธิโอเปีย ของ Lakew, Tesfaye, & Mekonnen (2017) พบว่า มารดาที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและสูงกว่ามีโอกาสคลอดบุตรตายคลอดน้อยกว่ามารดาไม่มีการศึกษา 0.5 เท่า (aOR 0.505, 95% CI, 0.311-0.820) รายได้ ทั่วโลกพบจำนวนทารกตายคลอด (Still birth) มากกว่า 2.6 ล้านคน โดยร้อยละ 98 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง (Frøen et al., 2016) การศึกษาปัจจัยกำหนดทารกตายคลอดในหญิงที่คลอดในเขต Amhara ประเทศเอธิโอเปียของ Lakew, Tesfaye, & Mekonnen (2017) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูง (Ferguson et al., 2019) และมารดาที่มีดัชนีความมั่งคั่งในครัวเรือนสูงกว่า (Household wealth index) มีแนวโน้มที่จะคลอดทารกตายคลอดน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบมารดาที่มีดัชนีความมั่งคั่งในครัวเรือนต่ำกว่าที่อยู่อาศัย การศึกษาความชุกและการพยากรณ์ผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของมารดาที่มาคลอดในโรงพยาบาล Butajira general Hospital ของ Abdo, Halil, & Kebede (2019) พบว่า มารดาที่อาศัยที่อยู่ในชนบท (Rural residence) มีแนวโน้มที่จะเกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีมากกว่ามารดาที่อาศัยอยู่ในเมือง (Urban residence) เป็น 3.2 เท่า (aOR 3.2; 95% CI, 1.5, 7.7)

ในการศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดสรรเฉพาะปัจจัยการรู้คิด-พฤติกรรม และปัจจัยด้านสังคม เศรษฐานะ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ และคัดสรรเฉพาะบางตัวแปร ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากปัจจัยดังกล่าวสามารถนำมาแก้ไขหรือหาแนวทางให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีผลลัพธ์การคลอดที่ดีได้

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดในมารดาวัยรุ่น

การวางแผนการตั้งครรภ์

ความหมายของการวางแผนการตั้งครรภ์

Hammarberg et al. (2022) การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง การเตรียมตัวสำหรับการตั้งครรภ์และการมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ก่อนการปฏิสนธิจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการคลอด และสิ่งสำคัญของการวางแผนการตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถควบคุมโรคได้อย่างเหมาะสมและเตรียมพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2567) การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนครอบครัว คนที่ใช้ชีวิตคู่ และต้องการมีบุตร ควรมีการเข้ารับการปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เตรียมรับมือกับความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคประจำตัว เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการคลอด

สรุป การวางแผนการตั้งครรภ์ หมายถึง การเตรียมตัวสำหรับการตั้งครรภ์และการมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ก่อนการปฏิสนธิจะช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีในการคลอด เพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากโรคทางพันธุกรรม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคประจำตัว ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ของการคลอด

การวางแผนการตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ตามรายงานของ Singh, Sedgh, and Hussain (2010) พบความชุกของการไม่วางแผนการตั้งครรภ์ทั่วโลกมีประมาณร้อยละ 41 อุบัติการณ์จะแตกต่างกันในแต่ละประเทศ เช่น ลาตินอเมริกาและแคริบเบียน ร้อยละ 58 เอเชีย ร้อยละ 38 และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ร้อยละ 48 สำหรับสัดส่วนของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจะแตกต่างกันอย่างมาก ในประเทศที่พัฒนาแล้วและร่ำรวย เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดามีสัดส่วนของการตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนที่ต่ำกว่า ส่วนในประเทศที่กำลังพัฒนา สัดส่วนของของการตั้งครรภ์โดยวางแผนในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีตั้งแต่ร้อยละ 42 ในประเทศโคลัมเบีย ร้อยละ 93 ในประเทศอียิปต์ (WHO, 2010) จากการอ้างอิงข้อมูลในปี 2019 มีหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น(อายุ 15-19 ปี) ในประเทศที่มีเศรษฐานะต่ำ-ปานกลางตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจที่สิ้นสุดลงด้วยการทำแท้ง ร้อยละ 55 ซึ่งเป็นการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย (Sully et al., 2020)

สรุป อุบัติการณ์ของการวางแผนการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์จะแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา เนื่องจากความแตกต่างของคุณลักษณะประชากร สถานะทางสังคม และเศรษฐกิจ

การประเมินการวางแผนการตั้งครรภ์

การประเมินการวางแผนการตั้งครรภ์มีทั้งแบบประเมินที่มีโครงสร้าง เช่น แบบวัดการวางแผนการตั้งครรภ์ของลอนดอน (London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP)) ที่ใช้วัดระดับความตั้งใจ/วางแผนการตั้งครรภ์ในครรภ์ปัจจุบัน และยังสามารถใช้กับการวางแผนครอบครัวหรือโปรแกรมการดูแลก่อนการตั้งครรภ์ (Preconception care programs) แบบวัดนี้พัฒนาโดย Barrett, Smith, and Wellings (2004) ถูกใช้ประเมินในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-2 คะแนนรวม 0-12 คะแนน การแปลความหมาย ไม่วางแผนการตั้งครรภ์ (คะแนน 0-3) ความตั้งใจที่สับสน (Ambivalent) (คะแนน 4-9) และวางแผนการตั้งครรภ์ (คะแนน 10-12) และการประเมินการวางแผนการตั้งครรภ์ที่ไม่มีโครงสร้าง เป็นแบบสอบถามที่มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ กับ วางแผนการตั้งครรภ์

สรุป การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินการวางแผนการตั้งครรภ์ที่เป็นคำถามปลายปิด มีคำตอบให้เลือก 2 คำตอบ คือ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ กับ วางแผนการตั้งครรภ์ เพราะเป็นคำถามที่กะทัดรัด ชัดเจน เข้าใจง่าย และได้คำตอบที่ตรงประเด็น

การวางแผนการตั้งครรภ์กับผลลัพธ์การคลอด

เมื่อตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนซึ่งมักจะเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ มี 3 แนวทางในการแก้ไขปัญหา คือ 1) ตั้งครรภ์ต่อไป คลอดและเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเอง 2) ตั้งครรภ์ต่อไป คลอดและมอบบุตรให้ผู้อื่นเลี้ยงดู หรือ 3) ทำแท้ง แต่อย่างไรก็ตาม ทุกแนวทางของการแก้ไขก่อให้ให้เกิดปัญหากับหญิงตั้งครรภ์ ครอบครัวและสังคม นอกจากนี้ การตั้งครรภ์โดยไม่วางแผนมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดที่ไม่ดีต่อมารดาและทารกหลายประการ ดังการศึกษาความสัมพันธ์ของการตั้งครรภ์โดยไม่ได้วางแผนและความเกี่ยวข้องกับสุขภาพของมารดาและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ในประเทศสวีเดน ของ Carlander et al.(2023) พบว่า หญิงที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์มีโอกาสถูกเร่งคลอดมากกว่าหญิงที่วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 17 กับ ร้อยละ 13) (aOR 1.33 95% CI, 1.06 - 1.67) และพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานกว่าหญิงที่วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 41 กับ ร้อยละ 37%) (aOR 1.21 95% CI, 1.02 - 1.44) แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนการตั้งครรภ์กับภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การใช้ยาชาเข้าช่องไขสันหลัง การคลอดด้วยเครื่องดูดสุญญากาศ การผ่าตัดคลอด และการฉีกขาดของหูรูดทวารหนัก การศึกษาแบบย้อนหลังเกี่ยวกับการวางแผนการตั้งครรภ์และผลลัพธ์ของทารกแรกเกิด ของ Reuterwall et al. (2024) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์คลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่าอายุครรภ์ ร้อยละ 3.6 เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 1.7 (aOR 2.1, 95%) แต่การคลอดก่อนกำหนด คะแนน Apgar < 7 ที่ 5

นาที หรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของทารกแรกเกิดที่รุนแรงพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ยังพบการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจก็มีผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดที่ไม่พึงประสงค์เช่นกัน ดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแม่และเด็ก โดย Nelson et al. (2020) พบว่า หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมีอุบัติการณ์ของการคลอดทารกก่อนกำหนดมากกว่า (ร้อยละ 9.4 กับ ร้อยละ 7.7) (aOR 1.21, 95% CI, 1.12-1.31) และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ (ร้อยละ 7.3 กับ ร้อยละ 5.2) (aOR 1.09, 95% CI, 1.02-1.21) และการศึกษาผลของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจต่อสุขภาพของมารดาและทารก ในชนบทของอินเดีย ของ Singh, Singh, and Mahapatra (2013) พบว่า หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกตายคลอด และการตายของทารกแรกเกิด สูงกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ

สรุป หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่วางแผนการตั้งครรภ์

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก

ความหมายของอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก

WHO (2016) อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง อายุครรภ์ที่มารดาเริ่มฝากครรภ์โดยแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการฝากครรภ์ ก่อน 12 สัปดาห์หลังตั้งครรภ์

หทัยรัตน์ รังสรรค์สฤษดิ์ (2563) อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง ระยะเวลาตั้งแต่วันแรกของการมีประจำเดือนครั้งสุดท้าย (Last Menstrual Period: LMP) จนถึงวันที่ได้รับการฝากครรภ์ครั้งแรก (First ANC)

ณัฐดนัย มะลิวัน (2567) หมายถึง การที่หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์กับคลินิกฝากครรภ์ครั้งแรกโดยพบแพทย์หรือพยาบาลคลินิกฝากครรภ์ ได้รับการยืนยันอายุครรภ์ การตรวจร่างกายทั่วไป การให้คำแนะนำและการปฏิบัติตัวตลอดการฝากครรภ์

สรุป อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก หมายถึง อายุครรภ์ ณ วันที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำให้มาฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้งตลอดการตั้งครรภ์ และควรมาฝากครรภ์ครั้งแรกในช่วงไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์ (WHO, 2016) การมาฝากครรภ์ทันทีเมื่อตั้งครรภ์ก็เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนหรือ

ปัจจัยเสี่ยง ให้การรักษาและบรรเทาภาวะแทรกซ้อนที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก แม้ว่าการมาฝากครรภ์จะมีประโยชน์ต่อหญิงตั้งครรภ์ก็ตาม แต่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นส่วนใหญ่มาใช้บริการฝากครรภ์น้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (Worku & Woldesenbet, 2016) ดังการศึกษา ผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นตอนต้นเปรียบเทียบกับมารดาวัยรุ่นตอนปลาย ของ อภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์ (2554) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นตอนต้นไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 11.6 เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร้อยละ 55.2 และมาฝากครรภ์เฉลี่ย 6.1 ± 3.7 ครั้ง ในขณะที่วัยรุ่นตอนปลาย ไม่ฝากครรภ์ร้อยละ 5.6 เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 20 สัปดาห์ ร้อยละ 32 และมาฝากครรภ์เฉลี่ย 7.5 ± 4.9 ครั้ง รวมทั้งมาฝากครรภ์ล่าช้า ดังการศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับช่วงเวลาของการมารับบริการดูแลฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเมือง Cape Town ประเทศแอฟริกาใต้ ของ Smith, Leach, and Rossouw (2024) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ 16-18 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรกใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์มีเพียง ร้อยละ 50.8 และไม่ฝากครรภ์เลย ร้อยละ 14.9 การศึกษาเกี่ยวกับช่วงเวลาและคุณภาพการดูแลฝากครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในชุมชนชนบท ประเทศยูกันดา ของ Kayemba, Kabagenyi, Ndugga, Wasswa, & Waisw (2023) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น อายุ 10-19 ปี มาฝากครรภ์ครั้งแรกภายใน 3 เดือนแรกของการตั้งครรภ์ ร้อยละ 47 และได้รับบริการที่มีคุณภาพ ร้อยละ 36

ส่วนปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีหลายปัจจัย ดังการศึกษาปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชนของ ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และพรนภา หอมสินธุ์ (2562) พบปัจจัยสาเหตุการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์ต่ำมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าเป็น 9.15 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการรับรู้ความสามารถในการฝากครรภ์สูง (aOR 9.15, 95% CI, 3.02-27.72) ความรู้เกี่ยวกับการฝากครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้ในการฝากครรภ์ต่ำมีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าเป็น 11.81 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความรู้ในการฝากครรภ์สูง (aOR 11.81, 95% CI, 4.16-33.50) เจตคติต่อการตั้งครรภ์และการฝากครรภ์ โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติในการฝากครรภ์ไม่ดี มีความเสี่ยงต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าล่าเป็น 4.54 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีเจตคติต่อการตั้งครรภ์ที่ดี (aOR 4.54, 95% CI, 1.51-13.63) การยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ครอบครัวไม่ยอมรับการตั้งครรภ์ ส่งผลให้ไม่ได้รับแรงสนับสนุน ไม่มีคนพาไปฝากครรภ์และไม่มีคนดูแล มีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็น 15.37 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากครอบครัว (aOR 15.37, 95% CI, 5.27 - 44.80) และการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชนมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็น 18 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ได้รับการยอมรับการตั้งครรภ์จากชุมชน (aOR 18.00, 95% CI, 5.12-63.27) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาใช้บริการฝากครรภ์ไม่เพียงพอมักเป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์ มีข้อจำกัดด้านการเงิน และการสนับสนุนทางสังคม (Worku & Woldesenbet, 2016)

สรุป หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และจำนวนครั้งของการฝาครรภ์มักต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่า 8 ครั้ง) ปัจจัยที่ส่งเสริมให้มาฝากครรภ์ไม่ได้ตามเกณฑ์มีทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การประเมินอายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก

แบบบันทึกการฝากครรภ์ ข้อมูลจากสมุดฝากครรภ์ ที่สร้างโดยณัฐดนัย มะลิวัน (2567) ซึ่งประกอบด้วย อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนครั้งของการคลอดบุตรภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ครั้งก่อนหน้า

แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง โดยข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนข้อมูลทางสูติศาสตร์ ซึ่งเป็นคำถามปลายปิด (Close - ended Question) คำตอบมีให้เลือก 2 คำตอบ คือ ไม่ได้วางแผน กับวางแผน

สรุป การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ด้วยเหตุผลที่ว่าแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองที่ครอบคลุมข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่นทั้งระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่จะนำไปสู่ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกกับผลลัพธ์การคลอด

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และจำนวนครั้งการฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง จึงมีความเสี่ยงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของมารดาและทารกที่ไม่พึงประสงค์ ดังการศึกษาผลลัพธ์ทางสูติศาสตร์และการเข้าถึงบริการการฝากครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเมือง KwaZulu-Natalประเทศแอฟริกาใต้ของ Govendera, Reddya, and Ghuman (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มาฝากครรภ์น้อยกว่า 4 ครั้ง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการคลอดทารกก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) (OR 2.64; 95% CI, 1.04; 6.74; $p < 0.05$) และการมาฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้ามีความสัมพันธ์กับทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย คะแนน Apgar ต่ำ รวมถึง

อุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจางและภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการมารับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ อุปสรรคทางการเงิน ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ คิวที่ยาวนาน ระยะทางที่เดินทางเพื่อเข้ารับฝากครรภ์ สภาวะการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และการขาดความรู้ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาฝากครรภ์กับการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์และน้ำหนักทารกแรกเกิดของมารดาวัยรุ่น ในโคลอมเบียและเม็กซิโก ของ Sámano et al. (2024) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศเม็กซิโกที่มาฝากครรภ์น้อยกว่า 8 ครั้ง มีความสัมพันธ์กับทารกที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์ (Small for gestational age) และการศึกษาปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ในจังหวัดเพชรบุรี ของ รุ่งนภา ไวยนิกรณ์ (2567) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีโอกาสคลอดก่อนกำหนดเป็น 4.01 เท่า ของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์

สรุป การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และจำนวนครั้งการฝากครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ จึงได้รับบริการที่ไม่เพียงพอ เสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์/การคลอดที่ไม่ดี

การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่กว้าง มีหลายมิติและซับซ้อน โดยมีผู้ให้ความหมายไว้ ดังนี้

Cobb (1976) เป็นผู้ให้คำจำกัดความแรกๆ ของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลว่าตนเองได้รับการดูแลและความรัก ได้รับการยกย่องและรู้สึกมีคุณค่าในฐานะบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของเครือข่ายการสื่อสาร (Network of communication) และมีพันธะร่วมกัน (Mutual obligations) ก่อให้เกิดความรู้สึกไว้วางใจ

เฮาส์ House (1981) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการให้การช่วยเหลือโดยให้สิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรืออุปสรรคที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นการได้รับความรัก การได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำ

ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ (2561) การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือในด้านต่างๆ สิ่งของ ผู้ให้การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข

Jermaine et al. (2018) การสนับสนุนทางสังคม เป็นระดับความช่วยเหลือที่บุคคลหนึ่งให้กับอีกบุคคลหนึ่งโดยผ่านปฏิกิริยาที่เหมาะสม

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือหรือได้รับการสนับสนุนในด้านอารมณ์ สิ่งของ เครื่องมือ เครื่องใช้ ข้อมูลข่าวสาร และการประเมินตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจ กับบุคคลในครอบครัว หรือคนที่มีปฏิสัมพันธ์กัน ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้

แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมเป็นแนวคิดที่ซับซ้อน ซึ่งหมายถึงการกระทำโดยสมัครใจ (Voluntary action) จากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง และการกระทำโดยสมัครใจนี้มาได้จากแหล่งต่างๆ เช่น ครอบครัว เพื่อน ชุมชน หรือสามี และความช่วยเหลือนั้นจะอยู่ในรูปแบบต่างๆ ทั้งด้านอารมณ์ เช่น ความเห็นอกเห็นใจ ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือทางวาจา ทางการเงิน หรือความช่วยเหลือในการประเมินตนเอง ผลลัพธ์ของการสนับสนุนมีการศึกษาที่หลากหลาย เช่น การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสุขภาพในขณะตั้งครรภ์ (Cohen et al., 2014) การสนับสนุนทางสังคมในขณะคลอดและเจ็บครรภ์คลอด (Khresheh & Barclay, 2010) เป็นต้น งานวิจัยส่วนใหญ่มีมุมมองเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมเป็นหลายด้าน (Multidimensional) และบางด้านมีความทับซ้อนกัน เช่น

เฮ้าส์ House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotion support) เป็นการได้รับความใส่ใจในความรู้สึก การได้รับความไว้วางใจ การได้รับความห่วงใยจากคนรอบข้าง และการมีคนคอยรับฟังเรื่องราวต่าง ๆ ทำให้รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือสิ่งของเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ บริการ การเงิน เวลา รวมถึงการแก้ไข ปรับปรุงสภาพแวดล้อม

3. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล คำแนะนำ ให้การชี้แนะแนวทาง เพื่อให้บุคคลเข้าใจสิ่งนั้นดีขึ้น สามารถปรับตัวเข้ากับการเปลี่ยนแปลงและ ช่วยในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ

4. การสนับสนุนด้านการประเมิน (Appraisal support) เป็นการช่วยเหลือเพื่อยืนยันว่าสิ่งที่คิด เข้าใจนั้นถูกต้อง ได้รับข้อมูลป้อนกลับแบบสร้างสรรค์ โดยเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายกัน ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

Cohen and Wills (1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน

1. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal หรือ Confidant หรือ informational support) หมายถึง การช่วยเหลือหรือให้คำแนะนำด้านข้อมูลเพื่อรับมือกับปัญหา

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Tangible หรือ Instrumental support) หมายถึง การจัดหาหรือช่วยเหลือทางด้านวัตถุ เช่น เงินกู้ที่จำเป็น หรือให้ความช่วยเหลือทางกาย เช่น ช่วยทำงานบ้าน

3. การสนับสนุนด้านการยอมรับการเป็นส่วนหนึ่ง (Belonging หรือ Companionship support) หมายถึง มิตรภาพทางสังคม (Social companionship) รวมถึงการได้รับการยอมรับให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมต่าง ๆ เช่น การเล่นกีฬา การรับประทานอาหารนอกบ้าน จะทำให้เกิดรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

4. การสนับสนุนด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem หรือ Emotional หรือ Expressive support) หมายถึง การสื่อสารของบุคคลอื่นที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า รวมถึงการบอกให้บุคคลนั้นทราบว่ามีความสามารถในกิจกรรมบางอย่างหรือมีลักษณะที่น่าชื่นชม เช่น อารมณ์ขัน

สรุป การสนับสนุนทางสังคมมีหลายมิติ ซึ่งสามารถเป็นได้ทั้งการรับรู้ ความรู้สึกว่าได้รับการช่วยเหลือ เป็นเครื่องมือ (การจัดหาวัสดุหรือความช่วยเหลือในการทำงานหรือแก้ไขปัญหา) ข้อมูลข่าวสาร (การให้คำแนะนำ หรือการให้ข้อมูลที่อาจช่วยให้บุคคลแก้ไขปัญหาได้) ด้านอารมณ์ (การแสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ ความห่วงใย ความนับถือ คุณค่า หรือการให้กำลังใจ) หรือเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การศึกษาเชิงปริมาณและคุณภาพเกี่ยวกับความเข้าใจความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหา ความยืดหยุ่น และสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ ในประเทศมาเลเซีย ของ Saim, Ghazinour, and Richter (2019) พบอย่างชัดเจนว่า การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่ดีพอในแง่ของการได้รับและความเพียงพอ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการรับมือกับปัญหา ความยืดหยุ่นในชีวิต และเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตหากไม่ได้รับการรักษา การศึกษาการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตเมือง Mersin ประเทศตุรกี ของ Yurdakul (2018) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย = 50.79±8.72) รับรู้การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวมากที่สุด (คะแนนเฉลี่ย = 23.32 ± 3.23) รองลงมาการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อน (คะแนนเฉลี่ย = 16.17±4.35) และการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลพิเศษ (Special people) (คะแนนเฉลี่ย = 12.29 ± 5.54) และการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของ สินี กะราลัย และ จารุรัตน์ ศรีรัตน์ประภาส (2561) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยรวมอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 4.14, S.D = 0.84) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านบริการและวัตถุ (M = 4.38, S.D = 0.62) รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร (M = 4.23, S.D = 0.83) และด้านอารมณ์ (M = 3.77, S.D = 0.96) และจากผลการศึกษาของ Buldum (2021) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากคู่สมรสนั้นค่อนข้างต่ำกว่าในสตรีวัยรุ่นที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า

สรุป การสนับสนุนทางสังคมของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นต้องการการสนับสนุนทางสังคมหลายๆด้าน เพื่อผลลัพธ์การคลอดที่ดี

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการสนับสนุนทางสังคมของวัยรุ่นมีหลายแบบ ตั้งแต่เป็นคำถามข้อเดียวถึงการประเมินหลายมิติ มีผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ประเมินความเพียงพอของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดต่าง ๆ ดังนี้

มาตรวัดการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS)) พัฒนาโดย Zimet, Dahlem, Zimet and Farley (1988) เพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมของนักศึกษาระดับปริญญาตรี และได้ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลาย เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ เพื่อประเมินความเพียงพอของการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจาก 3 แหล่ง คือ เพื่อน ครอบครัว และบุคคลสำคัญอื่น ๆ คำตอบเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท (Likert scale) 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจนถึงเห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนนรวม 12-84 คะแนน การแปลผลคะแนน คะแนนที่สูงกว่า หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่มากกว่า (Dambi, et al., 2018) ต่อมาเครื่องมือนี้ได้ถูกแปลและนำไปใช้ในผู้ป่วยที่ข้ามวัฒนธรรมมากขึ้น จึงถูกดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบททางภาษา สังคม และเศรษฐกิจ บางงานวิจัยได้ยุบตัวเลือกของคำตอบลง เป็น 3-6 ระดับ จากดั้งเดิม 7 ระดับ ในประเทศไทย Boonyamalik (2005) ได้นำมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิตินี้ ประเมินการรับรู้ถึงความเพียงพอในการได้รับการรู้การสนับสนุนทางสังคม 3 ด้าน ได้แก่ (1) ครอบครัว (ข้อ 3, 4, 8, 11) (2) เพื่อน (ข้อ 6, 7, 9, 12) และ (3) บุคลากรทางการแพทย์ (ข้อ 1, 2, 5, 10) แบบสอบถามนี้มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ได้นำไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาระดับปริญญาตรี มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ เท่ากับ .93

สรุป การวิจัยครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ เป็นแบบสอบถามที่มีการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งเป็นบุคคล

สำคัญของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น รวมทั้งเป็นเครื่องมือที่มีความเชื่อมั่นสูง ผู้วิจัยจึงเลือกแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมนี้

การสนับสนุนทางสังคมกับผลลัพธ์การคลอด

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดความผาสุกทางกายและอารมณ์ของหญิงในระหว่างตั้งครรภ์ และหลังคลอด การสนับสนุนทางสังคมช่วยส่งเสริมปฏิสัมพันธ์เชิงบวกของบุคคล ซึ่งสามารถช่วยลดภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล และลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และผลลัพธ์การคลอด ดังการศึกษาผลของการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่อผลลัพธ์ก่อนคลอดในหญิงตั้งครรภ์ของ Mbee and Omorovbiye (2022) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำคลอดทารกที่น้ำหนักตัวน้อยมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) (ร้อยละ 23.5 กับ ร้อยละ 5.5) คลอดทารกก่อนกำหนดมากกว่า (ร้อยละ15.7 กับ ร้อยละ 10.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) คลอดทารกที่มีคะแนน Apgar ต่ำกว่า 7 มากกว่า (ร้อยละ 31.4 กับ ร้อยละ 13.6) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.008) และหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง คลอดทารกที่น้ำหนักปกติมากกว่า (Normal birth weight) หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (ร้อยละ 88.2 กับ ร้อยละ 72.5) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.003) การศึกษาผลของการสนับสนุนจากสามีต่อผลลัพธ์การคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Shah, Gee, & Theall (2014) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามีมีโอกาสคลอดทารกที่น้ำหนักตัวแรกคลอดต่ำน้อยลงร้อยละ 63 (aOR 0.37, 95% C, 0.26 - 0.54) และมีโอกาสแท้งน้อยลงเกือบ 2 เท่า (aOR 0.48, 95% CI, 0.32-0.72) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากสามี

สรุป การสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์และผลลัพธ์การคลอด

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา (Health literacy)

ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีหลายแง่มุม (Multifaceted) และมีความลึกซึ้ง (Comprehensive) จึงมีการให้ความหมายในมุมมองที่แตกต่างกัน ดังนี้

Renkert and Nutbeam (2008) ได้อธิบายความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ว่าเป็นสมรรถนะของแต่ละบุคคล ทั้งทางด้านสังคม และการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้สารสนเทศด้านสุขภาพตามความต้องการเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี รวมทั้งการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจปัจจัยที่กำหนด

สุขภาพ การเปลี่ยนทัศนคติและการจูงใจในการส่งเสริมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาเป็นปัจจัยหนึ่งในการส่งเสริมและรักษาสุขภาพ

Thomas et al. (2018) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา หมายถึง ความรู้ ทักษะ และความสามารถของมารดาในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของตนเองและบุตร

สรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา หมายถึง ระดับความสามารถของมารดาในการเข้าถึงและใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ มีความเข้าใจ การประเมิน และตัดสินใจประยุกต์ข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ในการดูแลตนเองและบุตร

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

การศึกษาการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ในพื้นที่รายได้ต่ำในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศบราซิล ของ França et al. (2020) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (อายุ 13-18 ปี) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (23-28 ปี) (ร้อยละ 95 กับ ร้อยละ 53.3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ อายุ (β - 3.5, $p < 0.001$) การรับรู้ด้านการเรียนของตน (β - 2.8, $p < 0.001$) และความไม่เพียงพอของรายได้ (β - 2.8, $p = 0.014$) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์ ของสินีนาท วราโภค, เอมพร รตินธร และ ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง (2563) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาอยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย = 63.68, SD = 6.05) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .534$, $p < .0001$) รายได้ครอบครัว ($\beta = .172$, $p = .005$) ลำดับของการตั้งครรภ์ ($\beta = .151$, $p = .016$) และ จำนวนครั้งของการได้รับคำแนะนำด้านสุขภาพรายกลุ่มในระยะตั้งครรภ์ ($\beta = .131$, $p = .024$) และการศึกษาของ Yee et al. (2021) พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีความถี่ของการคลอดทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าอายุครรภ์มากกว่าทารกปกติ (ร้อยละ 15.8 กับ ร้อยละ 9) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก (Very low birth weight) ทารกแรกเกิดตัวโต (Macrosomia) และทารกคลอดก่อนกำหนดก็พบได้ถี่กว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอเท่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ทำให้เกิดปัญหาตามมาคือผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี

การประเมิน*ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา*

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ช่วง ปี ค.ศ.2001 - 2021 โดย Putri, Irawan, and Lu (2023) พบเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา มี 3 แบบ ได้แก่

1. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ [The Maternal Health Literacy and Pregnancy Outcome Questionnaire (MHLAPQ)] พัฒนาโดย Mojoyinola (2021) แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน 1) ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป (อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนาและรายได้) จำนวน 7 ข้อ 2) ข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา จำนวน 13 ข้อ 3) ข้อคำถามเกี่ยวกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ จำนวน 13 ข้อ คำตอบเป็นมาตรวัดของลิเคิร์ท 4 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.81

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา [Maternal Health Literacy (MaHeLi)] พัฒนาโดย Guttersrud, Naigaga, and Pettersen (2015) ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการแสวงหาข้อมูลสุขภาพ (Health seeking behavior) ด้านความสามารถและทักษะในการเผชิญ (Competence and coping skill scale) และด้านการประเมินข้อมูลทางสุขภาพ (Appraisal health information) คำตอบเป็นมาตรวัด 6 ระดับ .มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.92 ซึ่งสินีนาท วราโภค, เอมพร รตินธร, และปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง (2563) ได้นำแบบสอบถามนี้ไปแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทั้งสองภาษาจำนวน 2 ท่าน เริ่มจากท่านแรกแปลแบบสอบถามต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย (Forward translation) จากนั้นให้ผู้เชี่ยวชาญอีกท่านแปลย้อนกลับเป็นภาษาต้นฉบับ (Backward translation) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบย่อย ได้แก่ 1) พฤติกรรมการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ มี 1 ข้อ (ข้อ 1) 2) การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ มี 6 ข้อ (ข้อ 2-7) และ 3) ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก มี 6 ข้อ (ข้อ 8-13) คำตอบเป็นมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) 6 ระดับ จาก ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) จนถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6 คะแนน) คะแนนทั้งหมดอยู่ในช่วง 13-78 คะแนน ถ้าได้คะแนนอยู่ในช่วง 13-46 คะแนน (<60% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่ำ แต่ถ้าได้คะแนน 47-62 (60-79% ของคะแนนเต็ม) และ 63-78 คะแนน (≥80% ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาปานกลางและสูง16 ตามลำดับ และได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับหญิงตั้งครรภ์ มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.86

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาขณะตั้งครรภ์ (Maternal Health Literacy Inventory in Pregnancy (MHELIP)) พัฒนาโดย Taheri et al. (2020) เครื่องมือนี้ไม่ได้สร้างจากทฤษฎีเป็นฐาน

แต่สร้างมาจากการสัมภาษณ์ความรู้และประสบการณ์ของหญิงตั้งครรภ์เชิงลึก แบบสอบถามมีจำนวน 48 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพมารดา (Maternal health knowledge) 2) การตัดสินใจและพฤติกรรมด้านสุขภาพมารดา (Maternal health decision making and behavior) 3) การประเมินข้อมูลสุขภาพมารดา (Maternal health information assessment) และ 4) การค้นหาข้อมูลสุขภาพมารดา (Maternal health information search) มีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ = 0.94

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สินีนาท วราโภค, เอมพร รตินธร, และปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง (2563) เนื่องจากแบบสอบถามนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งมารดาและทารก คือ ด้านพฤติกรรมการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพ การประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ และความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและทารก ซึ่งตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดากับผลลัพธ์การคลอด

ความรอบรู้ทางสุขภาพมารดามีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอันส่งผลไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพของมารดาและทารก ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยกลไกหลัก 3 ประการ ได้แก่ การเข้าถึงและใช้บริการดูแลสุขภาพ ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ (Yee, et al., 2021) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดามีความสำคัญ เนื่องจากมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ของมารดาและทารกในการตั้งครรภ์ ดังการศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับผลลัพธ์ด้านมารดาและทารกในหญิงตั้งครรภ์แรกของ Yee et al. (2021) พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้ที่ไม่เพียงพอมีความเสี่ยงต่อสุขภาพมารดาและทารกมากกว่าหญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้เพียงพอ ได้แก่ การผ่าตัดคลอดมากกว่า (aRR 1.11; 95% CI, 1.01-1.23) ฝีเย็บฉีกขาดระดับที่รุนแรงกว่า (aRR 1.44; 95% CI, 1.03-2.01) ทารกที่มีขนาดเล็กกว่าอายุครรภ์มากกว่า (ร้อยละ 15.8 กับ ร้อยละ 9.6) (aRR 1.34; 95% CI, 1.14-1.58) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมากกว่า (aRR 1.33; 95% CI, 1.07-1.65) และทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar นาทีที่ 5 หลังคลอดน้อยกว่า 4 มากกว่า (aRR 2.78; 95% CI, 1.16-6.65) การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาและผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของ Ghotbizadeh et al. (2022) พบว่า หญิงตั้งครรภ์อายุ 18-40 ปีที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูงมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี และความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่ำทำให้มีโอกาสน้อยที่จะมีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดี และจากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา การใช้บริการดูแลสุขภาพ และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ ในประเทศไนจีเรีย ของ Bello et al. (2022) พบว่า มารดาหลังคลอด (ร้อยละ 41.6) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่ำ การใช้บริการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา พฤติกรรมการแสวงหาข้อมูล และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในมารดาหลังคลอดชาว

อิหร่าน ของ Sabetghadam, Keramat, Goli, Malary, and Chamani (2023) พบว่า มารดาหลังคลอดที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูงจะมีผลลัพธ์การตั้งครรภ์ดีกว่ามารดาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่ำ เป็น 2.25 เท่า (OR 2.25, $p< 0.004$)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ ดังนี้

Pender, Murdaugh, & Parsons (2002) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (Life Style and health habits) ซึ่งสามารถบ่งบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ เพื่อความผาสุก (Well-being) และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดในชีวิต (Self-actualization)

Tabrizi (2024) ให้ความหมายว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพถือเป็นวิธีพื้นฐานในการป้องกันโรคเรื้อรัง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญที่สุด ได้แก่ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ การสนับสนุนทางสังคม การจัดการความเครียด และการชื่นชมชีวิต

สรุป พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

Pender (1996) ได้อธิบายถึงแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการจะยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง การที่บุคคลจะบรรลุเป้าหมายของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้อย่างต่อเนื่องจนเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตได้นั้น เป็นผลมาจากอิทธิพลของปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

1. คุณลักษณะและประสบการณของแต่ละบุคคล (Individual characteristics and experiences) :ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันจะได้รับอิทธิพลมาจากพฤติกรรมที่ปฏิบัติจนเป็นนิสัย ซึ่งเกิดจากความเชื่อด้านสุขภาพ อารมณ์และความรู้สึกของบุคคล และปัจจัยส่วนบุคคล (Personals factors) ประกอบด้วย ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ เพศ น้ำหนัก ภาวะการเข้าสู่วัยรุ่น ภาวะหมดประจำเดือน ความแข็งแรงของร่างกาย ความว่องไวและความสมดุลของร่างกาย ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ วัฒนธรรม การศึกษา สถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนำไปสู่การกระทำของบุคคล ประกอบด้วย 6 มโนทัศน์ย่อย ดังนี้ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceive benefits of action) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าการกระทำนั้นก่อให้เกิดผลดีหรือบวกกับตนก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceive of barriers to action) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางการปฏิบัติพฤตกรรม ประกอบด้วยอุปสรรคภายใน เช่น ความขี้เกียจ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจ และอุปสรรคภายนอก เช่น สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceive self-efficacy) คือ การที่บุคคลรับรู้ถึงความสามารถของตนในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมภายใต้อุปสรรคหรือสภาวะต่าง ๆ ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 4) ความรู้สึกที่มีต่อกิจกรรม (Activity- related affect) คือ ความรู้สึกในทางบวกหรือลบของบุคคลที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และหลังการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลมีความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีผลต่อแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ถ้าบุคคลเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบก็จะมีผลให้หลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นความคิด ความเชื่อ ทัศนคติของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรม และรวมถึงการสนับสนุนทางสังคม และการเป็นแบบอย่างของบุคคลอื่นด้วย และ 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) เป็นการรับรู้และความคิดของบุคคลต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น อันส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการ ลักษณะที่ต้องการและสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

3. ผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม (Behavior outcome) ประกอบด้วย 1) ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม(Commitment to a plan of action) คือ ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าบุคคลตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมใดแล้ว พฤติกรรมนั้นมีแนวโน้มที่ทำให้บุคคลยึดมั่นต่อแผนการกระทำนั้น 2) ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate competing demands and preference) เป็นพฤติกรรมอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทนใดก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ หรืออาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ และ 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อการผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ประสบผลสำเร็จในบุคคล คือ การปรับภาวะสุขภาพ การเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงพัฒนาการ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender ประกอบด้วย 6 ด้าน ดังนี้

1.ความรับผิดของต่อสุขภาพ (Health responsibility) เป็นการกระทำของบุคคลในการส่งเสริมความผาสุกของตนเอง โดยมีการริเริ่มที่จะดูแลตนเอง กำหนดแผนหรือการตัดสินใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เอาใจใส่และตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพ ซึ่งจะทำให้สามารถคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดี

2. การออกกำลังกาย (Physical activity) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายและนันทนาการ เพื่อการพักผ่อน

3. โภชนาการ (Nutrition) เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร ลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร การเลือกอาหารให้ถูกต้องเหมาะสมตามหลักโภชนาการ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

4. การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relations) เป็นทักษะของบุคลในการสื่อสารรกับบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมด้วยในสังคม หมายรวมถึงความรัก ความห่วงใย การดูแลซึ่งกันและกัน การไว้วางใจ การยอมรับซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการยอมรับจากบุคคลรอบข้าง ซึ่งจะนำมาสู่ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเป็นที่ยอมรับและเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น

5. การเจริญทางจิตวิญญาณ (Spiritual growth) เป็นความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้เกี่ยวกับความรัก ความปีติสุข ความสงบสุข ความพึงพอใจในชีวิต เข้าใจโลกและชีวิตตามความเป็นจริง มีความสามารถในการเผชิญและแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในภาวะวิกฤติได้ด้วยปัญญา

6. การจัดการกับความเครียด (Stress management) เป็นความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะช่วยให้ตนเองเกิดการผ่อนคลายจากความตึงเครียด และมีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม

สรุป พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพว่าเกิดจากแรงจูงใจที่บุคคลต้องการจะยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณของแต่ละบุคคล ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และผลลัพธ์เชิงพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมี 6 ด้าน ได้แก่ ความรับผิดของต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนการ การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

ขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างมาก จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี เพื่อให้มารดาและทารกในครรภ์มีสุขภาพที่แข็งแรง ดังการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป เช่น การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับการรักษาในหน่วยดูแลก่อนคลอด โรงพยาบาล Imam Khomeini Hospital ในเมือง Saqqez

ประเทศอิหร่าน ของ Mahmoodi et al. (2015) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านที่มีคะแนนสูงสุด คือ ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านที่มีคะแนนต่ำสุด คือ ด้านกิจกรรมทางกาย ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ คือ อาชีพ (P<0.032) การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ของ กาญจนา ศรีสวัสดิ์ ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร และณัฐธิดา สอนนาค (2561) พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่อยู่ในระดับมากมี 4 ด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านรับผิดชอบต่อสุขภาพ และด้านการพัฒนา ทางจิตวิญญาณ และอยู่ในระดับปานกลาง มี 2 ด้าน ได้แก่ ด้านกิจกรรมทางกาย และด้านการจัดการกับความเครียด และการศึกษาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่าหนิกและศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ของ นันทนา จุลจงกล ดวงกมล คงบำรุงค์ และอารยา ข้อค้า (2564) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี (M = 3.04,S.D. = 0.85) ประกอบด้วย ด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.97, S.D. = 0.83) ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อนอยู่ในระดับดี (M = 3.01, S.D. = 0.86) ด้านอารมณ์อยู่ในระดับดี (M = 3.09, S.D. = 0.79) ด้านการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี (M = 3.30, S.D. = 0.84) และด้านเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับดี (M = 3.02,S.D. = 1.01) ส่วนจากการศึกษามุมมองของหญิงตั้งครรภ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเชิงบูรณาการ ของ Kazemi, Hajian, Ebrahimi-Mameghani, and Khob (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง ซึ่งมีปัจจัยต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น ลักษณะประชากร และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม แรงจูงใจที่สำคัญที่สุดของพฤติกรรมสุขภาพ คือ สุขภาพของทารกในครรภ์และทารกแรกเกิด อุปสรรคหลักของพฤติกรรมสุขภาพ คือ เวลา และระบบดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ส่วนสิ่งสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพ คือ กิจกรรมกลุ่ม และการมีส่วนร่วมของสามี

ส่วนการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มมารดาวัยรุ่นของ อ้อมใจ พลกายา (2559) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 3.99, SD = 0.41) และมีความต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุข / แพทย์ / พยาบาล และครอบครัวเป็นผู้ให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะตั้งครรภ์ การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นของ ธารินันท์ ลีลาทิวานนท์ โสเพ็ญ ชูนวล และ สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ (2561) พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี (M = 65.71, SD = 6.58) และการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพของมารดาวัยรุ่นและทารกในประเทศญี่ปุ่น ของ Ishitsuka et al. (2019) พบว่า มารดาวัยรุ่น (อายุน้อยกว่า 20 ปี) มีแนวโน้มพฤติกรรม

สุขภาพที่ไม่ดีมากกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-34 ปี) อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ สูบบุหรี่และมีภาวะเครียดทางจิตใจมากกว่า (ร้อยละ 9.9 กับ ร้อยละ 4.6, $P < .001$ และร้อยละ 8.9 กับ ร้อยละ 3.4, $P < .001$) แต่มีแนวโน้มที่จะดื่มแอลกอฮอล์น้อยกว่ามารดาวัยผู้ใหญ่อย่างมีนัยสำคัญ (ร้อยละ 1.3 กับ ร้อยละ 2.5, $P < .001$)

สรุป พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับที่แตกต่างกัน เนื่องจากความแตกต่างในการออกแบบการศึกษาและตัวอย่างที่หลากหลาย ทำให้ผลลัพธ์พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพขณะตั้งครรภ์ที่ไม่เหมือนกัน

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น (Adolescent Health Promotion Scale) ของ Tomás, Queirós, Teresa and Ferreira (2015) ด้วยเทคนิคการแปลไปข้างหน้า (Forward translation technique) มีจำนวนข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เมื่อนำไปการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เห็นควรตัดข้อ 32) ฉันเข้าเรียนพลศึกษาที่โรงเรียนทุกสัปดาห์ มี Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .91 จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ ซึ่งแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งจะสอบถามมารดาวัยรุ่นเมื่อขณะ ตั้งครรภ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างไรซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอด ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมทางโภชนาการ (Nutritional behaviors) 2) ด้านการสนับสนุนระหว่างกันในสังคม(Social support) 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ(Health responsibility) 4) ด้านความชื่นชมในชีวิต (Life appreciation) 5) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Exercise behaviors) และ6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist and Pender (1996) แต่บางด้านใช้คำแตกต่างกันเล็กน้อย ได้แก่ 1) ด้านพฤติกรรมทางโภชนาการ (Nutritional behaviors) มีข้อคำถาม 6 ข้อ 2) ด้านการสนับสนุนระหว่างกันในสังคม (Social support) มีข้อคำถาม 7 ข้อ 3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) มีข้อคำถาม 8 ข้อ 4) ด้านความชื่นชมในชีวิต (Life appreciation) มีข้อคำถาม 8 ข้อ 5) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Exercise behaviors) มีข้อคำถาม 4 ข้อ และ6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) มีข้อคำถาม 6 ข้อ มีข้อคำถามทั้งหมด 39 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรของลิเคิร์ท 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่เคยปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน ดังนั้น คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 39-195 คะแนน

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลมาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่น (Adolescent Health Promotion Scale) ของ Tomás, Queirós, Teresa and Ferreira (2015) ด้วยเทคนิคการแปลไปข้างหน้า (Forward translation technique) นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ มี Content Validity Index (CVI) เท่ากับ .91 ซึ่งสามารถนำไปใช้เพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพของมารดาวัยรุ่นได้

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกับผลลัพธ์การคลอด

การศึกษาส่วนใหญ่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมักมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพและมีปัจจัยเสี่ยงทางจิตสังคม ทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารก (Ishitsuka et al., 2019) แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าส่วนใหญ่ศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป ดังการศึกษาผลของพฤติกรรมการรับประทานอาหารต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของ Pitale (2018) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะโภชนาการไม่ดีเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะโลหิตจาง และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่ดี ได้แก่ ภาวะตกเลือดหลังคลอด การคลอดก่อนกำหนด และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

การสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ต่อทารกในครรภ์หลายประการ ดังการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพของการสูบบุหรี่ระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด ของ AvŞar, McLeod, and Jackson (2021) พบว่า มารดาที่สูบบุหรี่ในขณะตั้งครรภ์ไม่เพียงแต่มีผลต่อกระทบต่อภาวะสุขภาพของทารกในระยะสั้น เช่น การคลอดก่อนกำหนด ปากแหว่งเพดานโหว่ แต่ยังอาจส่งกระทบต่อสุขภาพทารกในระยะยาว คือ อ้วน ความบกพร่องทางสติปัญญา และการศึกษาแบบภาคตัดขวางในระยะเวลา 10 ปี เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์และผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ของมารดาและทารกของ Tarasi, Cornuz, Clair, and Baud (2022) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่สูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักทารกแรกเกิด < 2,500 กรัม การเจริญเติบโตช้าของทารกในครรภ์ โรคทางเดินหายใจและระบบทางเดินอาหารของทารกแรกเกิด การย้ายไปหออภิบาลทารกแรกเกิด และทารกเข้ารับการรักษาในหออภิบาลทารกแรกเกิด > 7 วัน การสูบบุหรี่จัด ($\geq$ 20 มวน/วัน) มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตของทารกในครรภ์และการติดเชื้อในทารก (Neonatal infection)

การดื่มแอลกอฮอล์ระหว่างตั้งครรภ์สามารถทำอันตรายต่อทารกในครรภ์ได้ ดังการศึกษาผลการดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักต่อผลลัพธ์ทางสูติศาสตร์และการคลอด ในประเทศเดนมาร์ก ของ Broccia et al. (2023) พบว่า มารดาที่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างหนักในขณะตั้งครรภ์มีอัตราการเพิ่มขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญของการคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (OR 2·20 , 95% CI, 1·97–2·45) การคลอดก่อนกำหนด (OR 1·32, CI, 1·19–1·46) การตกเลือดในระยะท้ายของการตั้งครรภ์ (OR 1·25, CI, 1·05–1·49) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกก่อนการเจ็บครรภ์และก่อนอายุครรภ์จะครบ 37สัปดาห์ (Preterm prelabour rupture of membranes) (OR 1·18, CI, 1·00 -1·3 9) ภาวะเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ (OR 0·81, CI, 0·67-0·99) การผ่าตัดคลอดแบบวางแผนล่วงหน้า (Planned caesarean section) (OR 0·82, CI, 0·72–0·94) ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (Pre-eclampsia and eclampsia) (OR 0·83, CI, 0·71–0·96) และความผิดปกติของแรงที่เกี่ยวข้องกับการคลอด (Abnormalities of forces of labour) (OR 0·92, CI, 0·86–0·99)

การเสพสารเสพติดระหว่างตั้งครรภ์ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งในมารดาและทารกได้ ดังการศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ในหญิงที่ติดยาของ Hoang, Czuzoj-Shulman, and Abenhaim (2020) พบว่า ทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดสารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด (OR 1.37; 95 % CI, 1.33-1.41) ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (OR 1.60; 95 % CI, 1.54-1.67) ทารกตายในครรภ์ (OR 1.27; 95 % CI, 1.16 -1.40) และการศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์ ของ อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์ (2564) พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนมีภาวะคลอดก่อนกำหนดและภาวะครรภ์เป็นพิษมากกว่า (OR 0.04; 95% CI, 0.04-0.16 และ OR 0.42; 95% CI, 0.005-0.35) ทารกแรกเกิดมีน้ำหนักแรกเกิดและอุณหภูมิกายน้อยกว่า (2,772/3,081 กรัม และ 36.7/37.0 องศาเซลเซียส) มีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมากกว่า (7.5/3.0 วัน) หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่เสพสารเมทแอมเฟตามีนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป จากที่กล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของประเทศ เพราะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ที่สามารถส่งผลต่อทั้งมารดาและทารกแรกเกิด ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับผลลัพธ์การคลอดจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพจะต้องให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่ง และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดมีหลายประการ ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับเรื่องนี้ยังมีน้อยมาก โดยเฉพาะในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจจึงที่จะศึกษาผลลัพธ์การคลอด และปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ เนื่องจากโรงพยาบาลนี้เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิระดับภูมิภาคของกระทรวงสาธารณสุข และเป็นโรงพยาบาลแห่งเดียวในเขตสุขภาพที่ 3 ที่มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์และการ

คลอดจำนวนมากในภูมิภาคแห่งนี้ ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคาดว่าจะได้ข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์หรือมารดาวัยรุ่นเกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีต่อไป

บทที่ 3
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การคลอด และปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นมารดาวัยรุ่นที่พักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 3 สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีหญิงตั้งครรภ์มารับบริการฝากครรภ์และคลอดจำนวนมาก

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่พักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. อยู่ในระยะหลังคลอด 24-48 ชั่วโมง
2. ไม่มีภาวะแทรกซ้อนก่อนการตั้งครรภ์ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคไต โรคเอดส์ เป็นต้น
3. มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตร Cochran (1977) กรณีที่ไม่ทราบจำนวนประชากร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 138 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกประมาณร้อยละ 10 (Little & Rubin, 2002) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 150 ราย ซึ่งต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ $n \geq 30\,p$ โดยที่ p คือ จำนวนตัวแปรทำนายการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรทำนาย 5 ตัว ดังนั้น ขนาดตัวอย่างควรเป็น $30 \times 5 = 150$ คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มกลุ่มตัวอย่าง 150 คน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเพียงพอ

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยไปที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ให้เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยคัดเลือกมารดาวัยรุ่นตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการ

จับฉลากแบบไม่ใส่คืน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละประมาณ 2 ใน 3 ของมารดาวัยรุ่นทั้งหมด โดยในแต่ละวันมีมารดาวัยรุ่นนอนพักรักษาตัวอยู่ที่แผนกหลังคลอดประมาณ 3 - 5 คน เมื่อได้มารดาวัยรุ่นที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้วเจ้าหน้าที่พยาบาลจะส่งมาพบผู้วิจัย ผู้วิจัยเข้าพบบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของมารดาวัยรุ่น และมารดาวัยรุ่น แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อบิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง ยินยอมให้มารดาวัยรุ่นเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยให้บิดา มารดา หรือ ผู้ปกครอง ช่วยลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและแบบเติมคำในช่องว่าง โดยข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน และลักษณะของครอบครัว ส่วนข้อมูลทางสูติศาสตร์ ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด การวางแผนการตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ประวัติการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ ภาวะแทรกซ้อนของมารดา (ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด) อายุครรภ์เมื่อคลอด วิธีการคลอด น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด และภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือของ Boonyamalik (2005) แปลย้อนกลับ (Back translation) มาจากแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ (Multidimensional Scale of Perceived Social Support [MSPSS]) ของ Zimet, Dahlem, Zimet, and Farley (1988) มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากแหล่งที่แตกต่างกัน 3 ด้าน ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจากครอบครัว เพื่อน และบุคลากรทางการแพทย์ ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่า 7 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
เฉย ๆ	ให้	4 คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้	5 คะแนน

เห็นด้วย	ให้	6 คะแนน
เห็นด้วยอย่างมาก	ให้	7 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-84 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูง แสดงว่า มารดาวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก คะแนนรวมต่ำ แสดงว่า มารดาวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย

แบบสอบถามนี้โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือของ สินีนาท วราโภค เอมพร รตินธร และปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง (2563) แปลย้อนกลับ มาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา (Maternal Health Literacy [MaHeLi]) ของ Guttersrud, Naigaga, and Pettersen (2015) ที่สร้างตามแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา เพื่อประเมินความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูล เพื่อทำหน้าที่ตามบทบาทมารดา มีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรของลิเคิร์ท 6 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	1 คะแนน
ไม่เห็นด้วย	ให้	2 คะแนน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ให้	3 คะแนน
ค่อนข้างเห็นด้วย	ให้	4 คะแนน
เห็นด้วย	ให้	5 คะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ให้	6 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13-78 คะแนน การแปลผล คะแนน 13-46 คะแนน (< 60% ของคะแนนเต็ม) แสดงว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่ำ คะแนน 47-62 (60-79% ของคะแนนเต็ม) แสดงว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาปานกลาง และคะแนน 63-78 คะแนน (≥ 80% ของคะแนนเต็ม) แสดงว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูง

แบบสอบถามนี้โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .86

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลด้วยเทคนิคการแปลไปข้างหน้า (Forward translation technique) มาจากแบบวัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (Adolescent Health Promotion Scale) ของ Tomás, Queirós, Teresa and Ferreira (2015) มีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เมื่อนำไปการ

ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ เห็นควรตัดข้อ 32) ฉันเข้าเรียนพลศึกษาที่โรงเรียนทุกสัปดาห์ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้กำลังศึกษาในโรงเรียน จึงเหลือข้อคำถามจำนวน 39 ข้อ แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของ Walker, Sechrist and Pender (1996) แต่บางด้านใช้คำแตกต่างกันเล็กน้อย ได้แก่ (1) ด้านพฤติกรรมทางโภชนาการ (Nutritional behaviors) (ข้อ 1-6) (2) ด้านการสนับสนุนระหว่างกันในสังคม(Social support) (ข้อ 7-13) (3) ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health responsibility) (ข้อ 14-21) (4) ด้านความชื่นชมในชีวิต (Life appreciation) (ข้อ 22-29) (5) ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย (Exercise behaviors) (ข้อ 30-33) และ (6) ด้านการจัดการกับความเครียด (Stress management) (ข้อ 34-39) ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่เคยปฏิบัติเลย	ให้	1 คะแนน
ปฏิบัตินานๆ ครั้ง	ให้	2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง	ให้	3 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ให้	4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้	5 คะแนน

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 39-195 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมสูง แสดงว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดี คะแนนรวมต่ำ แสดงว่า มารดาวัยรุ่นมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยสูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติศาสตร์ 2 ท่าน และพยาบาลผดุงครรภ์ 2 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไปหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI])

วิธีการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา มีสูตรการคำนวณดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้ทางคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

แทนค่า = 37 / 39

= 0.95

ได้ค่าความดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เท่ากับ . 0.95

2. ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ไปทดลองใช้กับมารดาวัยรุ่นที่ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 30 ราย ที่แผนกหลังคลอดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดไปหาค่าความเชื่อมั่น โดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น ดังนี้

2.1 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.93

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา เท่ากับ 0.93

2.3 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เท่ากับ 0.91

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อได้รับเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว (เลขที่ IRB3-023/2566) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา และนำเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รวมทั้งทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เสนอต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน เมื่อผู้วิจัยได้รับเอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน แล้ว (เลขที่ COE No. 11/2566) และได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยผู้วิจัยขอให้เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยคัดเลือกมารดาวัยรุ่นตามคุณสมบัติที่กำหนด แล้วทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละประมาณ 2 ใน 3 ของมารดาวัยรุ่นทั้งหมด เมื่อได้มารดาวัยรุ่นที่คาด

ว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของมารดาวัยรุ่น และมารดาวัยรุ่น แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ยินยอมให้มารดาวัยรุ่นเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอให้ให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และผู้วิจัยเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยมารดาวัยรุ่นมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อจริง จะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย เอกสารต่าง ๆ จะถูกเก็บในตู้เอกสารที่ใส่กุญแจไว้เป็นเวลา 1 ปี การรายงานและเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม หลังการเผยแพร่แล้วข้อมูลเหล่านี้จะถูกทำลายโดยเครื่องทำลายเอกสาร

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติการเก็บข้อมูลวิจัยแล้ว ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าพยาบาลและหัวหน้าแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน เพื่อชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ด้วยสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยต้องได้รับวัคซีน 2 เข็มขึ้นไป และมีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการสวมหน้ากากอนามัย ใส่ Face shield ขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลมีดังนี้

1. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลทุกวัน เวลา 10.00-16.00 น. ที่แผนกหลังคลอด โดยเก็บข้อมูลเป็นรายบุคคล และปฏิบัติตามมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของทางโรงพยาบาล ได้แก่ ตรวจวัดอุณหภูมิก่อนเข้าโรงพยาบาลสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลา ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ รวมทั้งผู้วิจัยต้องได้รับวัคซีนโควิด 2 เข็มขึ้นไป

2. ผู้วิจัยขอให้เจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยคัดเลือกมารดาวัยรุ่นตามคุณสมบัติที่กำหนด เมื่อได้มารดาวัยรุ่นตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวนทั้งหมดในวันนั้นแล้ว ผู้วิจัยนำรายชื่อทั้งหมดใส่กล่องทึบแสง แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ให้ได้กลุ่มตัวอย่างวันละประมาณ 2 ใน 3 ของมารดาวัยรุ่นทั้งหมด

3. จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่พยาบาลให้ช่วยขออนุญาตผู้ที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่างให้ผู้วิจัยเข้าพบ โดยสอบถามความสมัครใจ และสามารถมีบุคคลที่ไว้วางใจหรือผู้ปกครองของมารดาอยู่ร่วมได้

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยเข้าพบบิดา มารดา หรือผู้ปกครองของมารดาวัยรุ่น และมารดาวัยรุ่นที่คาดว่าจะเป็นกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ และแจ้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ยินยอมให้มารดาวัยรุ่นเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ ผู้วิจัยขอให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent form)

5. ผู้วิจัยสอบถามกลุ่มตัวอย่างตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ (จำนวน 18 ข้อ) รวมทั้งขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลเหล่านี้จากเวชระเบียนผู้ป่วยในร่วมด้วย เพราะข้อมูลบางข้อเป็นข้อมูลทางการแพทย์ที่กลุ่มตัวอย่างอาจไม่ทราบ

6. หลังจากผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามแต่ละส่วนให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนั่งตอบแบบสอบถามบนเตียงผู้ป่วย โดยมีโต๊ะคร่อมเตียงวางแบบสอบถามและกั้นม่านให้มีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสะดวกสบายในการตอบแบบสอบถาม โดยเรียงลำดับการตอบแบบสอบถามดังนี้ ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น (จำนวน 39 ข้อ) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา (จำนวน 13 ข้อ) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (จำนวน 12 ข้อ) ส่วนผู้วิจัยอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างมองเห็นได้เพื่อให้ซักถามหากมีข้อสงสัย กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-40 นาที แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างรายใดมีอาการปวดแผลมาก ผู้วิจัยจะแจ้งให้พยาบาลแผนกหลังคลอดทราบ เพื่อให้ยาบรรเทาปวดตามแผนการรักษาของแพทย์ก่อนตอบแบบสอบถาม

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างช่วยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถามอีกครั้ง ก่อนส่งให้ผู้วิจัย และกล่าวคำขอบคุณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

3. วิเคราะห์ การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น ซึ่งได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) แบบตัวแปรต้น 1 ตัว (Univariate binary logistic regression) และแบบตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว (Multiple binary logistic regression) ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังนี้ (ยุทธไกยวรรณ์, 2563)

4.1 ตัวแปรต้นหรือตัวแปรทำนายเป็นตัวแปรอยู่ในมาตรวัดระดับอันตรภาค (Interval scale) ขึ้นไป แต่ถ้าเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม ให้เปลี่ยนเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ที่มีค่าเป็น 0 หรือ 1 เท่านั้น ส่วนตัวแปรตามหรือตัวแปรเกณฑ์ กรณีที่เป็นการวิเคราะห์โลจิสติคแบบทวิ (Binary logistic regression) จะกำหนด 2 ค่า คือ 0 กับ 1 โดย 1) ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ แบ่งเป็น ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ดี (0) และผลลัพธ์การตั้งครรภ์ไม่ดี (1) 2) การวางแผนตั้งครรภ์ แบ่งเป็น วางแผนการตั้งครรภ์ (0) และไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (1) 3) อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก แบ่งเป็น อายุครรภ์ < 12 สัปดาห์ (0) และอายุครรภ์ ≥ 12 สัปดาห์ (1) 4) การสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น สูงกว่าค่าเฉลี่ย (59.15-72.00) (0) และต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (38.00-59.14) (1) 5) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา แบ่งเป็น คะแนนสูง (63-78 คะแนน) (0) และคะแนนต่ำถึงปานกลาง (13-62 คะแนน) (1) 6) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น สูงกว่าค่าเฉลี่ย (130.77-180.00) (0) และต่ำกว่าค่าเฉลี่ย (105.00-130.76) (1)

4.2 ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์ โดยดูผลจากการวิเคราะห์ Binary logistic regression ในตาราง Residual statistic ตรงหัวข้อ Residual ได้ค่า Mean = 0 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อนเป็นศูนย์

4.3 ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันสูงมาก (Multicollinearity) โดยดูผลจากการวิเคราะห์ Collinearity diagnostic ได้ค่า Tolerance อยู่ในช่วง .932-.961 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.041-1.073 ซึ่งค่า Tolerance > .20 และค่า VIF < 4 แสดงว่า ตัวแปรต้นและตัวแปรทำนายทุกตัวไม่มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

4.4 ต้องใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ $n \geq 30\ p$ โดยที่ p คือ จำนวนตัวแปรทำนาย การศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรทำนาย 5 ตัว ดังนั้น ขนาดตัวอย่างควรเป็น 30 x 5 = 150 คน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 150 คน แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีขนาดเพียงพอ

4.5 ไม่มีค่าผิดปกติ (Outliers) โดยพิจารณาจาก Scatter plot พบว่า จุดมีการกระจายอยู่นอกเหนือขอบเขต -3 และ +3 แสดงว่า ข้อมูลไม่มีค่าผิดปกติ

บทที่ 4
ผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การคลอด และปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่น

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของมารดาวัยรุ่น

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่น

ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และลักษณะของครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาวัยรุ่น (n = 150)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
อายุ			17.47	1.45
13 ปี	2	1.33		
14-17 ปี	63	42.00		
18-19 ปี	85	56.67		
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาปีที่ 1-6	29	19.30		
มัธยมศึกษาตอนต้นปีที่ 1-3	84	56.00		
มัธยมศึกษาตอนปลายปีที่ 4-6	37	24.70		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
สถานภาพสมรส				
คู่	136	90.70		
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	14	9.30		
อาชีพ				
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	82	54.70		
นักเรียน/นักศึกษา	31	20.70		
ทำงานโรงงาน/บริษัท	37	24.70		
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน			10, 637.33	6, 315.82
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5, 000 บาท	16	10.67		
5, 001-10, 000 บาท	91	60.67		
10, 001-15, 000 บาท	26	17.33		
มากกว่า 15, 000 บาท	17	11.33		
ความเพียงพอของรายได้				
ไม่เพียงพอ	109	72.70		
เพียงพอ	41	27.30		
ลักษณะของครอบครัว				
ครอบครัวเดี่ยว: พ่อ แม่ ลูก	113	75.30		
ครอบครัวขยาย: พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย	37	24.70		

จากตารางที่ 1 พบว่า มารดาวัยรุ่นมีอายุระหว่าง 13-19 ปี อายุเฉลี่ย 17.47 ปี (*SD* = 1.45) มากกว่าครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 56) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 90.70) ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพแม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 54.70) มีรายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุด (ร้อยละ 60.67) และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,637.33 บาท (*SD* = 6,315.82) ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 72.70) และเป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 75.30)

ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่น ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์ ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก จำนวนครั้งของการฝากครรภ์ การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ

ขณะตั้งครรภ์ ประวัติการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ และภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่น (n = 150)

ข้อมูลทางสูติศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์				
ครรภ์แรก	130	86.70		
ครรภ์หลัง	20	13.30		
การวางแผนการตั้งครรภ์				
วางแผน	16	10.70		
ไม่ได้วางแผน	134	89.30		
ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์			21.57	4.23
ต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI <18.5)	45	30.00		
เกณฑ์ปกติ (BMI 18.5-24.9)	81	54.00		
สูงกว่าเกณฑ์ (BMI 25-29.9)	15	10.00		
อ้วน (BMI > 30)	9	6.00		
น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์			10.75	3.79
ตามเกณฑ์	35	23.30		
ไม่ตามเกณฑ์	115	76.70		
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก			13.87	6.05
อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (6-12 สัปดาห์)	78	52.00		
อายุครรภ์ > 12 สัปดาห์ (13-32 สัปดาห์)	72	48.00		
จำนวนครั้งของการฝากครรภ์				
ครบตามเกณฑ์ (5 ครั้ง)	78	52.00		
ไม่ครบตามเกณฑ์	72	48.00		

ตารางที่ 2 (ต่อ)

ข้อมูลทางสูติศาสตร์	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์				
ไม่ได้รับ	14	9.30		
ได้รับ	136	90.70		
อินเตอร์เน็ต	6	4.00		
โทรทัศน์/วิทยุ	3	2.00		
สื่อสิ่งพิมพ์/แผ่นพับ/ประกาศ	7	4.70		
บุคลากรทางสุขภาพ	120	80.00		
ประวัติการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์				
ไม่ใช้	147	98.00		
ใช้	3	2.00		
เหล้า	2	1.30		
บุหรี่	1	0.70		
ภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์				
ไม่มีภาวะแทรกซ้อน	124	82.70		
มีภาวะแทรกซ้อน	26	17.30		
ภาวะซีด	8	5.30		
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด	7	4.70		
ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์	5	3.30		
โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	2	1.30		
ภาวะน้ำคร่ำน้อย	2	1.30		
ตกเลือดก่อนคลอด	1	0.70		
เบาหวานขณะตั้งครรภ์	1	0.70		

จากตารางที่ 2 พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งแรก (ร้อยละ 86.70) ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.30) มีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ปกติ ร้อยละ 54 รองลงมามีดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 30 ส่วนใหญ่มีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ร้อยละ 76.70) อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกอยู่ระหว่าง 6-32 สัปดาห์ อายุครรภ์

เฉลี่ย 13.87 สัปดาห์ (*SD* = 6.05) มาฝากครรภ์ครบตามเกณฑ์ 5 ครั้ง ร้อยละ 52.00 เกือบทั้งหมดได้รับข้อมูลด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 90.70) โดยได้รับจากบุคลากรทางสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 80) เกือบทั้งหมดไม่มีประวัติใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 98) ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 82.70) และมีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 17.30 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะซีด (ร้อยละ 5.30) เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 4.70) และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 3.30)

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น (n = 150)

ผลลัพธ์การคลอด	จำนวน	ร้อยละ
ผลลัพธ์การคลอดดี	78	52.00
ผลลัพธ์การคลอดไม่ดี	72	48.00
คลอดผิดปกติ (C/S 46 ราย, F/E 2 ราย)	48	32.00
คลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์)	5	3.30
ทารกน้ำหนักตัวน้อย (< 2,500 กรัม)	5	3.30
มารดาตกเลือดหลังคลอด	3	2.00
ทารกมีภาวะขาดออกซิเจน	2	1.30
ทารกเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	1	0.70
อื่น ๆ		
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และทารกน้ำหนักตัวน้อย	4	2.70
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และทารกมีภาวะขาดออกซิเจน	2	1.30
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และทารกเป็นโรคซิฟิลิสแต่กำเนิด	1	0.70
ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และทารกปากแหว่งเพดานโหว่	1	0.70

จากตารางที่ 3 พบว่า มารดาวัยรุ่นมีผลลัพธ์การคลอดดี ร้อยละ 52 และมีผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ร้อยละ 48 โดยผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ คลอดผิดปกติ (ร้อยละ

32.00) ภาวะคลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) (ร้อยละ 3.30) และทารกน้ำหนักตัวน้อย (< 2,500 กรัม) (ร้อยละ 3.30)

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของมารดาวัยรุ่น

การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น (n = 150)

ตัวแปรต้น	ช่วงคะแนน		Mean	SD
	ค่าที่เป็นไปได้	ค่าที่ได้จริง		
การสนับสนุนทางสังคม	12-84	38-72	59.15	6.00
ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา	13-78	26-78	58.93	18.40
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ	39-195	105-180	130.77	14.58

จากตารางที่ 4 พบว่า มารดาวัยรุ่นมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 38-72 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 59.15 (*SD* = 6.00) มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาอยู่ระหว่าง 26-78 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 58.93 (*SD* = 18.40) และมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ระหว่าง 105-180 คะแนน และมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 130.77 (*SD* = 14.58)

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น

ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression) แบบตัวแปรต้นเพียง 1 ตัว (Univariate binary logistic regression) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 5 และแบบตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว (Multiple binary logistic regression) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิแบบตัวแปรต้น 1 ตัว (Univariate binary logistic regression) (n = 150)

ปัจจัย	ผลลัพธ์การคลอด		การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว	
	ดี (n = 78)	ไม่ดี (n = 72)	OR (95%CI)	p-value
การวางแผนการตั้งครรภ์				
วางแผน	15 (93.8)	1 (6.3)	16.905 (2.171, 131.639)	.007
ไม่วางแผน	63 (47.0)	71 (53.0)	1.00	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก				
อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ (6-12 wks.)	42 (53.8)	36 (46.2)	1.167 (.614, 2.216)	.638
อายุครรภ์ > 12 สัปดาห์ (13-32 wks.)	36 (50.0)	36 (50.0)	1.00	
การสนับสนุนทางสังคม				
สูง (59.15 – 72.00)	42 (66.7)	21 (33.3)	2.833 (1.442, 5.568)	.003
ต่ำ (38.00– 59.14)	36 (41.4)	51 (58.6)	1.00	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา				
สูง (63.00 - 78.00)	49 (48.0)	53 (52.0)	.606 (.302, 1.216)	.158
ต่ำ-ปานกลาง (13.00 - 62.00)	29 (60.4)	19 (39.6)	1.00	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ				
สูง (130.77 – 180.00)	48 (57.8)	35 (42.2)	1.691 (.884, 3.238)	.113
ต่ำ (105.00 – 130.76)	30 (44.8)	37 (55.2)	1.00	

จากตารางที่ 5 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มี 2 ปัจจัย ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยมารดาวัยรุ่นที่วางแผนการตั้งครรภ์มีสัดส่วนผลลัพธ์การคลอดดีมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.8 และ 47.0 ตามลำดับ) และมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีสัดส่วนผลลัพธ์การคลอดดีมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (ร้อยละ 66.7 และ 41.4 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น โดยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ แบบตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว (Multiple binary logistic regression) (n = 150)

ตัวแปรที่ศึกษา	B	SE	Wald	df	Sig	Exp (B)	95%CI
การวางแผนการตั้งครรภ์							
วางแผน	2.493	1.065	5.474	1	.019	12.096	1.499, 97.633
ไม่วางแผน						1.00	
อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก							
อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์	.259	.396	.428	1	.513	1.296	.597, 2.813
อายุครรภ์ > 12 สัปดาห์						1.00	
การสนับสนุนทางสังคม							
สูง (59.15 – 72.00)	1.128	.376	8.984	1	.003	3.090	1.478, 6.463
ต่ำ (38.00– 59.14)						1.00	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา							
สูง (63.00 - 78.00)	-.655	.438	2.240	1	.135	.519	.220, 1.225
ต่ำ-ปานกลาง (13.00 - 62.00)						1.00	
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ							
สูง (130.77 – 180.00)	.421	.361	1.357	1	.244	1.523	.751, 3.090
ต่ำ (105.00 – 130.76)						1.00	
ค่าคงที่	-3.174	1.091	8.459	1	.004	.042	

Nagelkerke R^2 = .219, Overall Percentage = 52.0

จากตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น ได้ร้อยละ 21.9 (Nagelkerke R^2 = .219, $p < .01$) ทั้งนี้ มารดาวัยรุ่นที่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ มีโอกาสมีผลลัพธ์การคลอดดี เป็น 12 เท่า ของมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (OR: 12.096; 95%CI: 1.499, 97.633, $p < .05$) และมารดาวัยรุ่นที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีโอกาสมีผลลัพธ์การคลอดดี เป็น 3 เท่า ของมารดาวัยรุ่นที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (OR: 3.090; 95%CI: 1.478, 6.463, $p < .01$)

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน สามารถสรุปผลการวิจัย และการอภิปรายผลได้ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น และปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาวัยรุ่นที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ระยะหลังคลอด 24-48 ชั่วโมง ที่พักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ .93, .93 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกทวิ (Binary logistic regression analysis) แบบตัวแปรต้น 1 ตัว (Univariate binary logistic regression) และแบบตัวแปรต้นมากกว่า 1 ตัว (Multiple binary logistic regression) ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีผลลัพธ์การคลอดดี ร้อยละ 52 และมีผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ร้อยละ 48 โดยผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ คลอดผิดปกติ ร้อยละ 32.00 ภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.30 และทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 3.30

2. การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 59.15 (*SD* = 6.00) มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาเฉลี่ยเท่ากับ 58.93 (*SD* = 18.40) และมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉลี่ยเท่ากับ 130.77 (*SD* = 14.58)

3. ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น ได้ร้อยละ 21.9 (Nagelkerke R^2 = .219, $p < .01$) ทั้งนี้มารดาวัยรุ่นที่

การวางแผนการตั้งครรภ์ มีโอกาสมีผลลัพธ์การคลอดดี เป็น 12 เท่า ของมารดาวัยรุ่นที่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (OR: 12.096; 95%CI: 1.499, 97.633, p < .05) และมารดาวัยรุ่นที่มีการสนับสนุนทางสังคมสูง มีโอกาสมีผลลัพธ์การคลอดดี เป็น 3 เท่า ของมารดาวัยรุ่นที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (OR: 3.090; 95%CI: 1.478, 6.463, p < .01)

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

ผลการศึกษา พบว่า มารดาวัยรุ่นมีผลลัพธ์การคลอดดี ร้อยละ 52 และมีผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ร้อยละ 48 โดยผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ คลอดผิดปกติ ร้อยละ 32.00 (ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ร้อยละ 30.66 และคลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด ร้อยละ 1.33) ภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.30 และทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 3.30 ซึ่งความชุกของการคลอดผิดปกติจะแตกต่างกันตามการศึกษา ดังการศึกษาของ Kayika and Utama (2017) พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศอินโดนีเซียสิ้นสุดการตั้งครรภ์ด้วยการผ่าตัดคลอดร้อยละ 40.3 การศึกษาของ Gama et al. (2014) พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศบราซิลมีอัตราการผ่าตัดคลอด ร้อยละ 40 และการศึกษาของ Katz Eriksen, Melamed, Clapp, Little, and Zera (2016) พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศเนปาลเกือบครึ่งได้รับการผ่าตัดคลอด ซึ่งจะเห็นได้ว่าทุกการศึกษาพบความชุกของการผ่าตัดคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสูงกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ไม่ควรเกินร้อยละ 10-15 (WHO, 2015) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากสาเหตุต่าง ๆ เช่น ความไม่สมบูรณ์ทางด้านชีวภาพ ทารกในครรภ์มีภาวะขาดออกซิเจน (Fetal distress) ภาวะทุพโภชนาการ สัดส่วนระหว่างทารกในครรภ์กับเชิงกรานมารดาไม่สมดุล (Cephalopelvic disproportion) ความล้มเหลวของการชักนำการคลอด และการเร่งคลอด (Bhandari, Adhikari, Shrestha, & Rahman, 2021) รวมทั้งระบบบริการสุขภาพที่จัดให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (High risk) เพราะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ จึงทำให้การผ่าตัดคลอดเป็นส่วนหนึ่งของมาตรฐานการดูแลทางสูติศาสตร์สมัยใหม่ เพื่อป้องกันสุขภาพของมารดาและทารกในครรภ์ ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการคลอดทางช่องคลอด และทำให้ผลลัพธ์การคลอดดีขึ้น

นอกจากนี้ การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีอีก ได้แก่ มีภาวะคลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 3.30) และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย (ร้อยละ 3.30) ซึ่งความชุกของภาวะคลอดก่อนกำหนดและทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยจะแตกต่างกันตามการศึกษา ดัง

การศึกษาของ Annan et al. (2021) พบหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในประเทศกานามีความชุกของภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 12.5 และทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 15.2 รวมทั้งหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อภาวะคลอดก่อนกำหนด และคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อยมากกว่าวัยผู้ใหญ่ ดังการศึกษาของ ปัญญา สนั่นพานิชกุล และยศพล เหลืองโสมนภา (2558) พบว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความเสี่ยง 1.75 เท่าที่ทารกจะคลอดก่อนกำหนด และ 1.68 เท่าที่จะให้กำเนิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยปกติ และการศึกษาของ Narukhutrpichai, Khrutmuang, and Chattrapiban (2016) พบว่า สัดส่วนของการคลอดก่อนกำหนดในหญิงตั้งครรภ์อายุต่ำกว่า 20 ปี สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20-34 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 16.2 กับร้อยละ 5.5) ผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีนี้อาจสัมพันธ์กับหลายปัจจัยที่แตกต่างกันทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ชีววิทยา และสิ่งแวดล้อม เช่น การศึกษาต่ำ รายได้ต่ำ การเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ สภาพที่อยู่อาศัยไม่ดี ดังการศึกษาของ Annan et al. (2021) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่มีการศึกษา มีความเจ็บป่วย (Experienced illness) มีความหิวโหย (Experienced hunger) มีดัชนีความยากจน (Lived poverty index) สูง มีโอกาสเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนด 9, 3, 2.9 และ 2.5 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ไม่มีความเจ็บป่วย ไม่มีความหิวโหย และมีดัชนีความยากจนต่ำ

นอกจากนี้ ยังพบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีความเจ็บป่วย มีความยากจน มีความหิวโหย มีโอกาสคลอดทารกน้ำหนักตัวน้อย 2.7, 2.5, และ 3 เท่าตามลำดับ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีไม่มีความเจ็บป่วย ไม่มีความยากจน และไม่มีความหิวโหย รวมทั้งผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีนี้ยังขึ้นกับการปฏิบัติด้านโภชนาการของหญิงตั้งครรภ์ ระยะการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ สภาพแวดล้อมภายในมดลูกขณะตั้งครรภ์ (Sintayehu & Beda, 2019) ดังการศึกษาของ Perez et al. (2020) ที่พบว่า ปัจจัยเสี่ยงของภาวะคลอดก่อนกำหนดที่ไม่มีข้อบ่งชี้ (Spontaneous preterm birth) ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ มีดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ (Gestational weight gain) ไม่ดี (Perez et al., 2020)

จากการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาจากข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ของมารดาวัยรุ่น พบว่า มารดาวัยรุ่นมีฐานะทางเศรษฐกิจที่ไม่สูงนัก โดยมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ย 10,637.33 บาท และส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ72.70) ส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.30) และมีน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ (ร้อยละ 76.70) รวมทั้งยังพบว่า มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.30 โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบ 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะซีด (ร้อยละ 5.30) เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (ร้อยละ 4.70) และภาวะ

ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 3.30) ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้มารดาวัยรุ่นเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48) มีผลลัพธ์การคลอดไม่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ที่ ฝากครรภ์ครั้งแรก การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การวางแผนการตั้งครรภ์ และการสนับสนุนทางสังคม โดยสามารถร่วมกันทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่น ได้ร้อยละ 21.9 (Nagelkerke R^2 = .219, $p < .01$) ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 การวางแผนการตั้งครรภ์ การวางแผนการตั้งครรภ์สามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR: 12.096; 95% CI: 1.499, 97.633) นั่นคือ การวางแผนการตั้งครรภ์สามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นที่ดีได้ โดยมารดาวัยรุ่นที่วางแผนการตั้งครรภ์มีสัดส่วนผลลัพธ์การคลอดดีมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ไม่วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 93.8 และร้อยละ 47.0 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมักเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม หรือไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ และส่วนมากไม่ได้รับการดูแลครรภ์ที่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ดังเห็นได้จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่า มารดาวัยรุ่นส่วนใหญ่ ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.30) และพบภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 17.30 โดยภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ ที่พบมาก 3 อันดับแรก ได้แก่ ภาวะซีด ร้อยละ 5.30 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 4.70 และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 3.30 รวมทั้งเกิดผลลัพธ์การคลอดไม่ดีตามมา ได้แก่ คลอดผิดปกติ ร้อยละ 32 (ผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง 46 ราย และคลอดโดยใช้คีมช่วยคลอด 2 ราย) ภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.30 และทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 3.30 เป็นต้น

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Flower, Shawe, Stephenson, and Doyle (2013) ที่พบว่า สัดส่วนของทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยในมารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์ต่ำกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 5.2 และร้อยละ 7.2 ตามลำดับ) และสัดส่วนของภาวะคลอดก่อนกำหนดในมารดาที่วางแผนการตั้งครรภ์ก็ต่ำกว่ามารดาที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 6.3 และร้อยละ 8.2 ตามลำดับ) นอกจากนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ของแม่และเด็ก ของ Nelson et al. (2020) พบว่า หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมีอุบัติการณ์ของการคลอดทารกก่อนกำหนดมากกว่า (ร้อยละ 9.4 กับ ร้อยละ 7.7) (aOR 1.21, 95% CI, 1.12-1.31) และทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยมากกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ (ร้อยละ 7.3 กับ ร้อยละ 5.2) (aOR 1.09, 95% CI, 1.02-1.21) และการศึกษาของ Singh, Singh, and Mahapatra (2013) พบว่า หญิงที่ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมีความเสี่ยงต่อการคลอดทารกตายคลอด และการตายของทารกแรกเกิดสูงกว่าหญิงที่ตั้งครรภ์โดยตั้งใจในประเทศอินเดีย

2.2 การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (OR: 3.090; 95%CI: 1.478, 6.463) นั่นคือ มารดาวัยรุ่นได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงสามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีได้ โดยมารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูงมีสัดส่วนผลลัพธ์การคลอดดีมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 41.4 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพโดยผ่าน 2 กลไก คือ ผลกระทบหลัก (Main effects) และกลไกกันชน (Buffering mechanism) ผลกระทบหลัก คือ การสนับสนุนทางสังคมช่วยให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Sense of belonging) และมีความรู้สึกมั่นคง ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น และลดความเสี่ยงต่อความเครียดและความเจ็บป่วยทางจิตใจ (Cohen & Wills, 1985) การสนับสนุนทางสังคมยังสามารถทำหน้าที่เป็นกันชน โดยการให้เข้าถึงแหล่งข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มกลไกการรับมือที่เหมาะสมในการจัดการกับเหตุการณ์ที่ตึงเครียด (Schetter, 2011) ในขณะตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่เพียงพอจะหลังฮอร์โมน Cortisol ในระดับสูงเพื่อตอบสนองต่อความเครียดเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ การสนับสนุนทางสังคมในระหว่างการตั้งครรภ์มีประโยชน์เนื่องจากจะช่วยลดความไวต่อความเครียด และอาจป้องกันทารกในครรภ์จากผลกระทบที่เป็นอันตรายจากการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมน Cortisol (Gerald, Julia, Nicole, Tavis, & Bonnie, 2013)

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mibee and Omorovbiye (2022) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง คลอดปกติมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 88.2 และร้อยละ 72.5 ตามลำดับ) หญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง คลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยตัวน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 5.5 และร้อยละ 23.5 ตามลำดับ) และหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมสูง มีภาวะคลอดก่อนกำหนดน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่รับรู้การสนับสนุนทางสังคมต่ำ (ร้อยละ 10.9 และร้อยละ 15.7 ตามลำดับ) รวมทั้งสอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของสุรีพร กัฬหะสุต และคณะ (2565) ที่พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระหว่างตั้งครรภ์จะมีโอกาสน้อยลงที่จะคลอดทารกที่มีน้ำหนักตัวน้อย หรือคลอดก่อนกำหนด ทารกเสียชีวิตระหว่างการคลอด เข้ารับการรักษาพยาบาลระหว่างการตั้งครรภ์ หรือต้องผ่าตัดคลอด นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมยังมีผลทำให้หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดสามารถตั้งครรภ์ต่อจนครบกำหนดได้มากขึ้น

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.3 อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR: 1.296; 95% CI: .597, 2.813) นั่นคือ อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก $\leq$12 สัปดาห์ไม่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นที่ดีได้ โดยมารดาวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ $\leq$12 สัปดาห์ มีสัดส่วนผลลัพธ์การคลอดดีมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ >12 สัปดาห์ (ร้อยละ 53.8 และร้อยละ 50.0 ตามลำดับ) แต่เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การดูแลการฝากครรภ์ (ANC) เป็นจุดเริ่มต้นของระบบการดูแลสุขภาพหญิงขณะตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันผลลัพธ์การคลอดที่ไม่พึงประสงค์ต่อมารดาและทารกในครรภ์โดยบุคลากรทางสุขภาพ ซึ่งในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์เป็นระยะที่ทารกในครรภ์มีพัฒนาการเร็วที่สุด โดยทุกส่วนของร่างกายจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเป็นอย่างดี จึงต้องการการดูแลเป็นพิเศษ องค์การอนามัยโลกแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์เริ่มฝากครรภ์ครั้งแรกโดยเร็วที่สุดภายใน 12 สัปดาห์แรกของการตั้งครรภ์ เพื่อการค้นหาภาวะแทรกซ้อนที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของมารดาและทารก และมีเวลาเพียงพอในการกระทำกิจกรรมการรักษาถ้าจำเป็น และหลังจากนั้นให้ฝากครรภ์ต่อเนื่องเมื่ออายุครรภ์ 20, 26, 30, 34, 36, 38 และ 40 สัปดาห์ (World Health Organization, 2016) ซึ่งส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมาฝากครรภ์ครั้งแรกช้ากว่าเวลาที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ สาเหตุที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกช้าน่าจะเกิดจากการตั้งครรภ์โดยไม่วางแผน ข้อจำกัดทางด้านการเงิน และขาดสิ่งสนับสนุนทางสังคม (Worku & Woldesenbet, 2016) จึงมักไม่ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพดีพอ อาจส่งผลต่อผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดีได้ ดังการศึกษาผลลัพธ์ทางสูติกรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพก่อนคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ใน KwaZulu-Natal ประเทศแอฟริกาใต้ ของ Govender, Reddy, and Ghuman (2018) พบว่า การตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความสัมพันธ์กับการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า และจำนวนครั้งของการฝากครรภ์ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพของมารดาและทารก กล่าวคือ หญิง

ตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีจำนวนการฝากครรภ์ต่ำกว่า 4 ครั้งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการคลอดก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์) (OR 2.64; 95% CI , 1.04- 6.74; p < 0.05) การคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ทารกแรกเกิดมีคะแนน Apgar ต่ำ รวมทั้งอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจาง และภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์

ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 6 สัปดาห์ ถึง 32 สัปดาห์ และอายุครรภ์เฉลี่ยที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก 13.87 สัปดาห์ และส่วนใหญ่ไม่มีการวางแผนการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 89.30) ส่งผลทำให้เกิดผลลัพธ์การคลอดไม่ดี ร้อยละ 48 โดยแบ่งเป็นคลอดผิดปกติ ร้อยละ 32.00 ภาวะคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 3.30 และทารกน้ำหนักตัวน้อย ร้อยละ 3.30 อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้อายุครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก ≤12 สัปดาห์ไม่ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีของมารดาวัยรุ่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมเกียรติ พยุหเสนารักษ์ และโสพิศ ปุรินทราภิบาล (2563) พบว่า อายุครรภ์ขณะที่ฝากครรภ์ครั้งแรกในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ต่ำกว่า 12 สัปดาห์และ12 สัปดาห์ขึ้นไป พบร้อยละการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย เท่ากับ ร้อยละ 5.7, 11.0 ตามลำดับ โดยผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า การเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกับอายุครรภ์ขณะฝากครรภ์ครั้งแรกไม่มีความสัมพันธ์กัน แต่ผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Puthussery, Tseng, Sharma, Harden, and Leah (2022) ที่พบว่า มารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 13 สัปดาห์มีภาวะคลอดก่อนกำหนดมากกว่า และคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยมากกว่ามารดาที่ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มารดาที่ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 20 สัปดาห์ มีโอกาสคลอดทารกที่มีอายุครรภ์น้อยกว่า 28 สัปดาห์ และคลอดทารกที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 1,500 กรัม เป็น 4.08 และ 3.12 เท่า ตามลำดับ เมื่อเทียบกับมารดาฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์น้อยกว่า 20 สัปดาห์

2.4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR: .519; 95% CI: .220, 1.225) นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูงไม่สามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คลอดที่ดีได้ โดยมารดาวัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาสูง มีสัดส่วนผลลัพธ์การคลอดดีน้อยกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาต่ำถึงปานกลาง (ร้อยละ 48.0 และร้อยละ 60.4 ตามลำดับ) ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Mojoyinola (2011) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของมารดาใน Oyo state ประเทศไนจีเรีย ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .006, p > .05) และการศึกษาของ Baharvand, Anbari, and Abdolian (2022) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาของ

หญิงตั้งครรภ์ในเมือง Kuhdasht ประเทศอิหร่าน ไม่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์การคลอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.58, p = 0.001) รวมทั้งการศึกษาของ Yee et al. (2021) พบว่า หญิงตั้งครรภ์แรกที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมีความถี่ของการคลอดทารกที่มีน้ำหนักต่ำกว่าอายุครรภ์มากกว่าทารกปกติ (ร้อยละ 15.8 กับ ร้อยละ 9) ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยมาก (Very low birth weight) ทารกแรกเกิดตัวโต (Macrosomia) และทารกคลอดก่อนกำหนดก็พบได้ถี่กว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ แต่ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แม้ว่าการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาระดับสูงมากกว่าระดับต่ำ (ร้อยละ 69.33 กับ ร้อยละ 30.67) แต่ยังไม่สามารถเพิ่มโอกาสให้ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ดีขึ้น ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพผ่านทาง 3 กลไก คือ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ (Care access) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับกับผู้ให้บริการ และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแต่ละกลไกอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยผู้รับบริการและระบบสุขภาพ (Wolf et al., 2009) รวมทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาอาจสัมพันธ์กับปัจจัยอื่น ๆ เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ (Bello, Esan, Akerele, & Fadare, 2022) จึงทำให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดได้

2.5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่สามารถทำนายผลลัพธ์การคลอดของมารดาวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (OR: 1.523; 95% CI: .751, 3.090) นั่นคือ หญิงตั้งครรภ์ที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงไม่สามารถส่งผลให้เกิดผลลัพธ์การคลอดที่ดีได้ โดยมารดาวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงมีสัดส่วนผลลัพธ์การคลอดดีมากกว่ามารดาวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่ำ (ร้อยละ 57.8 และร้อยละ 44.8 ตามลำดับ) แต่เป็นความสัมพันธ์ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพผ่านทาง 3 กลไก คือ การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ (Care access) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้รับกับผู้ให้บริการ และพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งแต่ละกลไกอาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยผู้รับบริการและระบบสุขภาพ (Wolf et al., 2009) โดยเฉพาะกลไกด้านพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาของธัญภา วรสิงห์ (2559) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์การคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุ (10-19 ปี) และหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ (อายุ 20-29 ปี) พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีภาวะทุพโภชนาการก่อนตั้งครรภ์ การรับประทานอาหารและได้รับธาตุเหล็กเสริมไม่เพียงพอ ประกอบกับกลัวน้ำหนักเกินหลังคลอดจึงรับประทานอาหารไม่เพียงพอ ทำให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีน้ำหนักขึ้นระหว่างตั้งครรภ์เฉลี่ยน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยผู้ใหญ่ เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และทารกน้ำหนักตัวน้อย ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของอาทิตยา แก้วน้อยและคณะ (2561) ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่มี

ความสัมพันธ์กับอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และสอดคล้องกับการศึกษาของพัชรี ขุนคีรีจำรัส (2565) ที่ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (ด้านโภชนาการ ด้านการออกกำลังกายและการพักผ่อน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และด้านสุขภาพจิต) ของมารดากับน้ำหนักตัวทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลผดุงครรภ์และบุคลากรทางการแพทย์ควรดำเนินงานเชิงรุกในการรณรงค์สนับสนุนและสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการวางแผนการตั้งครรภ์แก่หญิงวัยรุ่นก่อนการตั้งครรภ์ และส่งเสริมบุคคลในครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม เพื่อเสริมสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมผลลัพธ์การคลอดที่ดีให้กับหญิงตั้งครรภ์/มารดาวัยรุ่น เช่น รูปแบบการพยาบาลที่เน้นให้หญิงวัยรุ่นเห็นความสำคัญของการวางแผนการตั้งครรภ์ รวมทั้งส่งเสริมบทบาทของครอบครัวในการสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ เพื่อเสริมสร้างความพร้อมของหญิงวัยรุ่นก่อนเข้าสู่ภาวะการตั้งครรภ์และการคลอด

2. การศึกษาครั้งนี้ ประเมินผลลัพธ์การคลอด จากการตอบคำถามในแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ ในการศึกษาครั้งต่อไปควรพัฒนาเครื่องมือรวบรวมข้อมูลให้มีความจำเพาะ โดยแยกแบบสอบถามข้อมูลผลลัพธ์การคลอดออกจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ พร้อมทั้งเพิ่มเติมตัวเลือกผลลัพธ์การคลอดที่ดีและไม่ดีที่พบบ่อย เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนกับภาวะแทรกซ้อนระยะตั้งครรภ์

3. พัฒนาการวิจัยที่เกี่ยวกับการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดผลลัพธ์การคลอดที่ไม่ดี เพื่อวางแผนการเสริมสร้างทักษะในการวางแผนการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในอนาคต

บรรณานุกรม

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถิติการคลอดของแม่วัยรุ่นประเทศไทย ปี พ.ศ. 2565*. นนทบุรี : สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา ศรีสวัสดิ์, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร และณัฐธิดา สอนนาค. (2561). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 38*(2), 95-109.

ณัฐดนัย มะลิวัน. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อการมาฝากครรภ์ครั้งแรกหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ของหญิงตั้งครรภ์โรงพยาบาลเชียงแสน. *เชียงรายเวชสาร, 16*(1), 59-69.

ทิพย์วรรณ โพธิ์ตา, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และ พรนภา หอมสินธุ์. (2562). ปัจจัยสาเหตุของการฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้าของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(2), 180-189.

ธนวัฒน์ รุ่งศิริวัฒนกิจ. (2561). *การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จังหวัดเพชรบุรี*. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกริก.

ธัญภา วรสิงห์. (2559). การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่. *วารสาร การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, *31*(2), 61-69.

ธารินันท์ ลีลาทิวานนท์, โสเพ็ญ ชูนวล และ สุนันทา ยังวนิชเศรษฐ. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 10*(2), 25-37.

นันทนา จุลจงกล, ดวงกมล คงบำรุงค์ และอารยา ข้อค้า. (2564). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านม่าหนิกและศรีสุนทร อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2563. *วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 63*(2), 287-300.

ปัญญา สนั่นพานิชกุล และ ยศพล เหลืองโสมนภา. (2558). การตั้งครรภ์ในหญิงวัยรุ่น : ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อทารก. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 32*(2), 147-156.

พัชรี ขุนคีรีจำรัส. (2565). ปัจจัยทางด้านมารดาที่มีผลต่อน้ำหนักทารกแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านแม่เหว่ย. ใน *การประชุมวิชาการสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2565* (น. 1-4). ตาก : โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแม่เหว่ย.

มนฤดี เตชะอินทร์ และพรรณี ศิริวรรธนาภา. (2555). *การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Adolescent pregnancy).* สืบค้นจาก http://www.med.cmu.ac.th/dept /obgyn/2011/index.php

มาลี เกื้อนพกุล. (2556).การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไข. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *6*(4), 33-46.

ยุทธ ไกยวรรณ์. (2563). การวิเคราะห์สถิติหลายตัวแปรด้วย SPSS(พิมพ์ครั้งที่ 3). *กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*

รุ่งนภา ไวยนิกรณ์. (2567). ปัจจัยทำนายการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการคลอด ก่อนกำหนดในจังหวัด เพชรบุรี.*วารสารแพทย์ เขต 4-5*, *43*(3), 355-364.

ศรุตยา รองเลื่อน, ภัทรวลัย ตลึงวิจิตร และสมประสงค์ ศิริบริรักษ์. (2555).การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น : การสำรวจปัญหาและความต้องการการสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. *วารสารพยาบาลศิริราช*, *5*(1),14-28.

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). *รายงานเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ.2567*. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

สมเกียรติ พยุหเสนารักษ์ และโสพิศ ปุรินทราภิบาล. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการคลอดทารกน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในโรงพยาบาลวังวิเศษ จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, *29*(3), 497-507.

สินี กะราลัย และ จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา, 26(*1), 1-10.

สินีนาท วราโภค, เอมพร รตินธร และ ปิยะนันท์ ลิมเรืองรอง. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล, 35*(1), 86-98.

สุธารัตน์ ศรีเมือง. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบผลการตั้งครรภ์ระหว่างสตรีตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลนางรอง. *วารสารกรมการแพทย์, 43*(2), 67-71.

สุรีพร กัฬหะสุต, พนิดา เชียงทอง, สุรัชนา พงษ์ ปรสุวรรณ์, นุชมาศ แก้วกุลฑล และศุจิรัตน์ ศรีทองเหลือง. (2565). ผลของโปรแกรมลดสิ่งก่อความเครียดร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดและ อายุครรภ์เมื่อคลอดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาใน ห้องคลอดโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.*วารสารศูนย์อนามัยที่9*, *16*(1), 59-74.

หทัยรัตน์ รังสรรค์ สฤษดิ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมาฝากครรภ์ล่าช้ากว่า12สัปดาห์ของหญิง ตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในสถานบริการของรัฐเขตอำเภอกะทู้จังหวัดภูเก็ต. *วารสาร วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น*, *1*(3), 12-25.

อดิศักดิ์ ไวเขตการณ์. (2564). ผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาและทารกในสตรีตั้งครรภ์ที่เสพสารเมทแอมเฟตามีนระหว่างตั้งครรภ์. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 18*(2), 105-112.

อภิชัย มหารุ่งเรืองรัตน์. (2554). ผลการตั้งครรภ์ระหว่างมารดาวัยรุ่นตอนต้นเปรียบเทียบกับมารดาวัยรุ่นตอนปลาย. *วชิรเวชสาร, 55*(2), 111-118.

อ้อมใจ พลกายา. (2559). การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข, 25* (3), 55-67.

อาทิตยา แก้วน้อย, ศรีสมร ภูมนสกุล และสายลม เกิดประเสริฐ. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและอายุครรภ์เมื่อคลอดของสตรีตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 24*(3), 264-278.

Abdo, R.A., Halil, H.M., & Kebede, B.A. (2019). Prevalence and predictors of adverse birth outcome among deliveries at Butajira general hospital, Gurage zone, southern nations, nationalities, and people's region, Ethiopia. *Journal of Women's Health Care, 8*(474), 1-6.

Annan, R.A., Gyimah, L.A., Apprey, C., Asamoah-Boakye1, O., Aduku1, L.N.E., Azanu, W., Luterodt, H.E., & Edusei, A.K. (2021). Predictors of adverse birth outcomes among pregnant adolescents in Ashanti Region, Ghana. *Journal of Nutritional Science, 10*(e67), 1-11.

AvŞar, T.S., McLeod, H., & Jackson, L. (2021). Health outcomes of smoking during pregnancy and the postpartum period: An umbrella review. *BMC Pregnancy Childbirth 21*(254), 1-9.

Baharvand, P., Anbari, K., & Abdolian, M. (2022). Health literacy and its predictors among pregnant women: A cross-sectional study. *Journal of Education and Community Health, 9*(3, 170-175.

Baldo, G. M. L., Corowan, K. D., Milladas, J. M. V., Flores, K. P. D., & Genelza, G. G. (2025). Turning a Blind Eye: A Systematic Literature Review on Spreading Awareness of Teenage Pregnancy. *International Journal of Human Research and Social Science Studies, 2*(04), 201-221.

Barrett, G., Smith, S.C., & Wellings, K. (2004). Conceptualization, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *Journal of Epidemiology and Community Health, 58*(5),426 -433.

Bello, C.B., Esan, D.T., Akerele, S.A., & Fadare, R.I. (2022). Maternal health literacy, utilisation of maternal healthcare services and pregnancy outcomes among newly delivered mothers: A cross-sectional study in Nigeria. *Public Health in Practice 3*, 100266.

Bhandari, A. K., Adhikari, A., Shrestha, M., & Rahman, M. (2021). Cesarean section and its correlates among early child bearing women in Nepal. *MOJ Women's Health*, *10*(4), 77-83.

Boonyamalik, P. (2005). *Epidemiology of adolescent suicidal ideation: Roles of perceived life stress, depressive symptoms, and substance use*. Doctoral dissertation, Johns Hopkins University.

Broccia, M., Hansen, B.M., Winckler, J.M., Larsen, T., Strandberg-Larsen, K., Torp-Pedersen, C., & Kesmodel, U.S. (2023). Heavy prenatal alcohol exposure and obstetric and birth outcomes: A Danish nationwide cohort study from 1996 to 2018. *Lancet Public Health, 8*, e28 - e35.

Buldum, A., & Emül, T. G. (2021). The fear of childbirth and social support in adolescent pregnancy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 34*(6), 839-846.

Carlander A., Hultstrand, J.N., Reuterwall, I., Jonsson, M., Tydén, T., & Kullinger, M. (2023). Unplanned pregnancy and the association with maternal health and pregnancy outcomes: A Swedish cohort study. *PloS one, 18*(5), e0286052.

Carvalho, O. M. C., Junior, A. B. V., Augusto, M. C. C., Leite, Á. J. M., Nobre, R. A., Bessa, O. A. A. C., & Carvalho, F. H. C. (2020). Delays in obstetric care increase the risk of neonatal near-miss morbidity events and death: A case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*, 1-10.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*(5), 300–314.

Cochran, W. G. (1977). *Sampling Techniques (3rd ed.).* John Wiley & Sons.

Cohen. S. & Wills. T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357.

Dambi, J.M., Corten, L., Chiwaridzo, M., Jack, H., Mlambo, T., & Jelsma, J. (2018). A systematic review of the psychometric properties of the cross-cultural translations and adaptations of the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(80), 1-19.

Diabelková, J., Rimárová, K., Dorko, E., Urdzík, P., Houžvi**č**ková, A., & Argalášová, L. (2023). Adolescent pregnancy outcomes and risk factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(4113), 1-10.

Eriksen, J. L. K., Melamed, A., Clapp, M. A., Little, S. E., & Zera, C. (2016). Cesarean delivery in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *29*(5), 443-447.

Ferguson, K.K., Rosario, Z., McElrath, T.F., Vélez, Vega. C., Cordero, J.F.A, Alshawabkeh, A., & Meeker, J.D. (2019). Demographic risk factors for adverse birth outcomes in Puerto Rico in the PROTECT cohort. *PLoS One,14*(6), e0217770.

Flower, A., Shawe, J., Stephenson, J., & Doyle, P. (2013). Pregnancy planning, smoking behaviour during pregnancy, and neonatal outcome: UK millennium cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 13*(238), 1-7.

França, A.S., Pirkle, C.M., Sentell, T., Velez, M.P., Domingues, M.R., Bassani, D.G., & Câmara, S.M.A. (2020). Evaluating health literacy among adolescent and young adult pregnant women from a low-income area of Northeast Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(23), 1-15.

Frøen, F., Lawn, J.E., Heazell, A.E.P., Flenady, V., de Bernis, L., & Kinney, M.V. (2016). *Ending preventable stillbirths. The Lancet.* Retrieved from https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/stories/series/stillbirths2016-exec-summ.pdf

Gama, S.G., Viellas, E.F., Schilithz, A.O., & et al. (2014). Factors associated with caesarean section among primiparous adolescents in Brazil, 2011-2012. *Cadernos de saúde pública, 30* (Sup 1), S1-11.

Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L., Tunçalp, Ö., Vogel, J.P., Souza, J.P., & Mori, R. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A World Health Organization multicountry study. *BJOG, 121*(Suppl 1), 40-48.

Gerald, F.G., Julia, C.P., Nicole, L., Tavis, C., & Bonnie, J.K. (2013). The buffering effect of social support on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function during pregnancy. *Psychosomatic Medicine, 75*(9, 856-862.

Ghotbizadeh, F., Panahi, Z., Tarafdari Manshadi, A., Soltani, S., Akbari, R., & Parsapur, M. (2022). Maternal health literacy and pregnancy outcomes: Does any association exist?. *Journal of Obstetrics, Gynecology and Cancer Research, 8*(1), 68-75.

Godoy, A.C., Nascimento, S.L., & Surita, F.G. (2015). A systematic review and meta-analysis of gestational weight gain recommendations and related outcomes in Brazil. *Clinics, 70*(11), 758-764.

Govender, T., Reddy, P., & Ghuman, S. (2018). Obstetric outcomes and antenatal access among adolescent pregnancies in KwaZulu-Natal, South Africa. *South African Family Practice, 60*(1), 1-7.

Grobeisen-Duque, O., Villavicencio-Carrisoza, O., Mora-Vargas, C.D., Arteaga-Lopez, C.P., Martinez-Salazar, M.G., Rosas-Balan, A., León-Juárez, M., Villegas-Mota, M.I., Zaga-Clavellina, V., Aguilera-Arreola, M.G., & Helguera-Repetto, A.C. (2024). Impact of pre-gestational BMI and gestational weight gain on fetal development outcomes in adolescent pregnant women. *Journal of Clinical Medicine, 13*(7), 1-13.

Guttersrud, Ø., Naigaga, M.D.A.S., & Pettersen, K.S. (2015). Measuring maternal health literacy in adolescents attending antenatal care in Uganda: Exploring the dimensionality of the health literacy concept Studying a composite scale. *Journal of Nursing Measurement,23*(2), 50-66.

Hammarberg, K., Stocker, R., Romero, L., & Fisher, J. (2022). Pregnancy planning health information and service needs of women with chronic non-communicable conditions: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *22*(1), 236.

Hoang, T., Czuzoj-Shulman, N., & Abenhaim, H.A. (2020). Pregnancy outcome among women with drug dependence: A population-based cohort study of 14 million births. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction, 49*(7), 101741.

House, J.S. (1981). The nature of social support in M.A.Reading (Ed.), *Work stress and social support*. California: Addison–Wesley.

Iranifard, E., Akbari, N., & Montazeri, A. (2019). Perceived social support and pregnancy outcomes in vulnerable women. *Directory of Open Access Journals, 18*(5), 517-524.

Ishitsuka, K., Yamamoto-Hanada, K., Ayabe, T., Mezawa, H., Konishi, M., Saito-Abe, M., & Ohya, Y. (2019). Risky health behaviors of teenage mothers and infant outcomes in the Japan environment and children's study: A nationwide cohort study. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *32*(3), 146-152.

Jermaine, M.D, Corten, L., Chiwaridzo, M., Jack, H., Mlambo, T., & Jelsma, J. (2018). A systematic review of the psychometric properties of the cross - cultural translations and adaptations of the Multidimensional Perceived Social Support Scale (MSPSS). *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(80), 1-19.

Jusoh, N., Ismail, T.A.T., & Daud, A. (2015). Anemia among teenage pregnancy in Northwestern Malaysia: What are the factors? *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health, 7*(12), 196-205.

Kamini, S., & Avvaru, K.V. (2014). Teenage pregnancy: Maternal and fetal outcomes. *Journal of Dental and Medical Sciences, 13*(4), 41-44.

Kara, T., Dogan, K., Alyanak, B., & Akaltun, I. (2017). An evaluation of sociodemographic characteristics and pregnancy related psychological problems in pregnant adolescents. *Ankara Medical Journal, (3),* 151-159.

Katz Eriksen, JL, Melamed, A, Clapp, M.A., Little, S.E., & Zera, C. (2016). Cesarean delivery in adolescents. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 29*(5), 443-447.

Kayemba, V., Kabagenyi, A., Ndugga, P., Wasswa, R., & Waisw, P. (2023). Timing and quality of antenatal care among adolescent mothers in a rural community, Uganda. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, 14*, 45-61.

Kayika, I.P.G. & Utama,T.K.I. (2017). Increased rate of cesarean section among teenage mothers attending a tertiary teaching hospital in Indonesia. *Indonesian Journal of Obstetrics and Gynecology, 5*(3), 131-134.

Kazemi, A.F., Hajian, S., Ebrahimi-Mameghani, M., & Khob, M.K. (2018). The perspectives of pregnant women on health promoting behaviors: An integrative systematic review. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences, 6*(2), 97-105.

Khresheh, R., & Barclay, L. (2010). The lived experience of Jordanian women who received family support during labor. *American Journal of Maternal and Child Nursing;35*(1), 47-51.

Lakew, D., Tesfaye, D., & Mekonnen, H. (2017). Determinants of stillbirth among women deliveries at Amhara region, Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(375), 1-7.

Little, J. A., & Rubin, D. B. (2002). *Statistical analysis with missing data* (2nd ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Lattof, S.R., Tunçalp, Ö., Moran, A.C., Bucagu, M., Chou, D., Diaz, T., & Gülmezoglu, A.M. (2019). Developing measures for WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience : A conceptual framework and scoping review. *BMJ open, 9*(4), e024130.

Maheshwari, M.V., Khalid, N., Patel, P.D., Alghareeb, R., & Hussain, A. (2022). Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy: A narrative review. *Cureus*, *14*(6), e25921.

Mahmoodi, H., Asghari-Jafarabadi, M., Babazadeh, T., Mohammadi, Y., Shirzadi, S., Sharifi-Saqezi, P., & Mulodi-Ra, N. (2015). Health promoting behaviors in pregnant women admitted to the prenatal care unit of Imam Khomeini Hospital of Saqqez. *Journal of Education and Community Health, 1*(4), 58-65.

Marvin-Dowle, K., Kilner, K., Burley, V.J., & Soltani, H. (2018). Impact of adolescent age on maternal and neonatal outcomes in the Born in Bradford cohort. *BMJ Open, 16*, 8(3), e016258.

Mbee, M.D., & Omorovbiye, A. (2022). Impact of perceived social support on prenatal outcome among pregnant women. *World Journal of Advanced Research and Reviews, 16*(3), 1-12.

Medhi, R., Das, B., Das, A., Ahmed, M., Bawri, S., & Rai, S. (2016). Adverse obstetrical and perinatal outcome in adolescent mothers associated with first birth: a hospital-based case-control study in a tertiary care hospital in North-East India. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics,* 7, 37-42.

Mibee, M.D., & Omorovbiye, A. (2022). Impact of perceived social support on prenatal outcome among pregnant women. *World Journal of Advanced Research and Reviews, 16*(3), 1–12.

Mojoyinola, J. (2021). Influence of maternal health literacy on healthy pregnancy and pregnancy outcomes of women attending public hospitals in Ibadan, Oyo state, Nigeria. *African Research Review, 5*(3), 231-240.

Mondragón, C.V.P., Dorado, H.M., Gómez, S.Y.M., Martínez, R.A.O., Linthon, S.A., & Benavides, A.C.L. (2019). Relationship between the absence of adequate social support during pregnancy and low birth weight. *Revista Colombiana de Psiquiatría,48*(3), 140-148.

Narukhutrpichai, P., Khrutmuang, D., & Chattrapiban, T. (2016). The obstetrics and neonatal outcomes of teenage pregnancy in Naresuan University Hospita. *Journal of the Medical Association of Thailand, 99* (4), 361-367.

Nelson, H.D., Darney, B.G., Ahrens, K., Burgess, A., Jungbauer, R.M., Cantor, A., Atchison, C., Eden, K.B., Goueth, R., & Fu, R. (2022). Associations of unintended pregnancy with maternal and infant health outcomes : A systematic review and meta-analysis. *JAMA, 328*(17), 1714-1729.

Ogawa, K., Matsushima, S., Urayama, K.Y., Kikuchi, N., Nakamura, N., Tanigaki, S., Sago, H., Satoh, S., Saito, S., & Morisaki, N. (2019). Association between adolescent pregnancy and adverse birth outcomes, a multicenter cross sectional Japanese study. *Scientific Reports, 9,* 1-8.

Onat, G., & Aba, Y. A. (2015). Health-promoting lifestyles and related factors among pregnant women. *Turkish Journal of Public Health, 12*(2), 69 -79.

Osterman, M., Hamilton, B., Martin, J.A., Driscoll, A.K., & Valenzuela, C.P. (2024). Births: Final data for 2022. *Natl Vital Stat Rep, 73*(2), 1-56.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2002). *Health promoting in nursing practice* (4th ed.). USA : Prentice -Hall Health.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion innursing practice (3rd ed.)*. Stamford, Conn: Appleton and Lange.

Pinho-Pompeu, M., Surita, F.G., Pastore, D.A., Paulino, D.S.M., & Silva, J.L.P.E. (2017). Anemia in pregnant adolescents: Impact of treatment on perinatal outcomes. *Journal of Matern - Fetal & Neonatal Medicine, 30*(10),1158-1162.

Pitale, D.L. (2018). The effects of food habits on pregnancy outcome. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology, 7*(2), 622-627.

Puthussery, S., Tseng, Pc., Sharma, E., Harden, A., & Leah, L. (2022). Late antenatal care initiation and neonatal outcomes in an ethnically diverse maternal cohort. *European Journal of Public Health*, *32*(Sup 3), 361-167.

Putri, A.P., Irawan, A.M.A., & Lu, Y.Y. (2023). Development of maternal health literacy measurements: A scoping review. *International Journal of Nursing and Health Services, 6*(2), 154-163.

Ranjbar, A., Jahromi, M. S., Boujarzadeh, B., Roozbeh, N., Mehrnoush, V., & Darsareh, F. (2023). Pregnancy, childbirth and neonatal outcomes associated with adolescent pregnancy. *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine*,*3*(2), 100-105.

Renkert, S., & Nutbeam, D. O. N. (2001). Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promotion International*, *16*(4), 381-388.

Reuterwall, I., Hultstrand, J.N., Carlander, A., Jonsson, M., Tydén, T., & Kullinger, M. (2024). Pregnancy planning and neonatal outcome - A retrospective cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth, 24*(205), 52-59.

Sabetghadam, S., Keramat, A., Goli, S., Malary, M., & Chamani, S.R. (2023). Maternal health literacy, health information-seeking behavior and pregnancy outcomes among Iranian pregnant women: A cross-sectional study. *Community Health Equity Research & Policy, 44*(1), 77-87.

Saim, N.J., Ghazinour, M., & Richter, J. (2019). Teenage pregnancy in Malaysia: Understanding the importance of social support in relation to coping, resilience and mental health. *International Journal of Recent Technology and Engineering, 8* (2S10) ,79-87.

Sámano, R., Martínez-Rojano, H., Chico-Barba, G., Mendoza-Flores, M.E., Flores-Quijano, M.E., Gamboa, R., Luna-Hidalgo, A., Restrepo-Mesa, S.L., Mier-Cabrera, J., & Peña-Camacho, G. (2024). Low antenatal care number of consultations is associated with gestational weight gain and birth weight of offspring of teenage mothers: A study based on Colombian and Mexican cohorts. *Nutrients, 16*, 1-19.

Schetter, C.D. (2011). Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual Review Psychology, 62*(1), 531–558.

Shah, M.K., Gee, R.E., & Theall, K.P. (2014). Partner support and impact on birth outcomes among teen pregnancies in the United States. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 27*(1), 14 -19.

Singh, A., Singh, A., & Mahapatra, B. (2013). The consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in rural India: Evidence from prospective data. *Maternal and Child Health Journal, 17*(3), 493-500.

Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: Worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in Family Planning,41*(4), 241-250.

Sintayehu, H., & Beda, W. (2019). Dietary diversity and associated factors among pregnant women attending antenatal care at public health facilities in Bale Zone, Southeast Ethiopia. *Nutrition and Dietary Supplements*, 11, 1-8.

Smith, A., Leach, G., & Rossouw, L. (2024).The timing of antenatal care access for adolescent pregnancies in Cape Town, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 16*(1), e1-e10.

Sully, E.A., Biddlecom, A., Daroch, J.E., Riley, T., Ashford, L., Lince-Deroche, N., Firestein, L., & Murro, R. (2020). *Adding It Up: Investing in sexual and reproductive health 2019*. New York: Guttmacher Institute.

Surita, F. G., Paulino, D. S. M., & Pinho-Pompeu, M. (2020). Health-related behaviors in pregnancy: A key to achieve better outcomes. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics,42*(03), 121-123.

Tabrizi, J. S., Doshmangir, L., Khoshmaram, N., Shakibazadeh, E., Abdolahi, H. M., & Khabiri, R. (2024). Key factors affecting health promoting behaviors among adolescents: A scoping review. *BMC Health Services Research, 24*(1), 58.

Tadese, M., Dagne, K., Wubetu, A.D., Abeway, S., Bekele, A., Kebede, W.M., & Mulu, G.B. (2022). Assessment of the adverse pregnancy outcomes and its associated factors among deliveries at Debre Berhan Comprehensive Specialized Hospital, Northeast Ethiopia. *PLOS One, 7*(7), e0271287.

Taheri, S., Tavousi, M., Momenimovahed, Z., Direkvand-Moghadam, A., Tiznobaik, A., Suhrabi, Z., & Taghizadeh, Z. (2020). Development and psychometric properties of maternal health literacy inventory in pregnancy. *PLoS One,15*(6), 1-14.

Tarasi, B., Cornuz, J., Clair, C., & Baud, D. (2022). Cigarette smoking during pregnancy and adverse perinatal outcomes: A cross-sectional study over 10 years. *BMC Public Health, 22*(2403), 1-8.

Thomas, S.D., Mobley, S.C., Hudgins, J.L., Sutherland, D.E., Inglett, S.B., & Ange, B.L. (2018). Conditions and dynamics that impact maternal health literacy among high risk prenatal-interconceptional women. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(7), 1383.

Ticona, D.M., Huancob, D., & Ticona-Rendónb, M.B. (2024). Impact of unplanned pregnancy on neonatal outcomes: Findings of new high-risk newborns in Peru. *International Health, 16*, 52-60.

Tomás, C. C., Queirós, P. J. P., & Ferreira, T. D. J. R. (2015). Health-promoting behaviors: Psychometric properties of an assessment tool. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *24*(1), 22-29.

Traisrisilp, K., Jaiprom, J., Luewan, S., & Tongsong, T. (2015). Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, *41*(11), 1726-1731.

Vivatkusol, Y., Thavaramara, T., & Phaloprakarn, C. (2017). Inappropriate gestational weight gain among teenage pregnancies: Prevalence and pregnancy outcomes. *International Journal of Women's Health, 17*(9), 347-352.

Walker, S. N., Sechrist, K. R., & Pender, N. J. (1987). The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, *36*(2), 76-81.

WHO). (2010). *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make it safer.* Geneva : WHO Document Production Services.

WHO. (2015). *WHO statement on caesarean section rates; 2015.* Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-15.02

WHO. (2016). *Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.* Geneva : World Health Organization.

WHO. (2018). *Adolescents Pregnancy*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

WHO. (2020). World health statistics. Geneva : World Health Organization.

WHO. (2024). *Adolescent pregnancy.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy

Wolf, M.S., Wilson, E.A., Rapp, D.N., Waite, K.R., Bocchini, M.V., Davis, T.C., Rudd, R.E. & et al. (2009). Literacy and learning in health care. *Pediatrics,124*(3)(suppl), S275-S28.

Worku, E.B., & Woldesenbet, S.A. (2016). Factors that influence teenage antenatal care utilization in John Taolo Gaetsewe (JTG) District of Northern Cape Province, South Africa: Underscoring the need for tackling social determinants of health. *International Journal of Maternal and Child health and AIDS*, 5(2),134-145.

Yee, L.M., Silver, R., Haas, D.M., Parry, S., Mercer, B.M., Wing, D.A., Reddy, U., Saade, G.R., Simhan, H., & Grobman, W.A. (2021). Association of health literacy among nulliparous individual and maternal and neonatal outcomes. *JAMA Network Open, ;4*(9), 1-11.

Yeshialem, E., Abera, M., & Tesfay, A. (2017). Determinants of adverse pregnancy outcomes among mothers who gave birth from Jan 1-Dec 31/2015 in Jimma university specialized hospital, case control study, 2016. *Ethiopian Journal of Reproductive. Health, 11*(1), 10.

Yurdakul, M. (2018). Perceived social support in pregnant adolescents in Mersin area in Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences., 34*(1), 115-120.

Zhang, T., Wang, H., Wang, X., Yang, Y., Zhang, Y., Tang, Z., & Wang, L. (2020). China. *BMC Pregnancy and Childbirth, 20*(339), 1-10. The adverse maternal and perinatal outcomes of adolescent pregnancy: A cross sectional study in Hebei.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*(1), 30–41.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. นายแพทย์จิรชัย นิ่มไชยนันท์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
2. รศ.ดร.โสเพ็ญ ชูนวล	อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารก และการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. ผศ.ดร.กาญจนาณัฐ ทองเมืองธัญเทพ	ผู้อำนวยการสถาบันพยาบาลศาสตร์มหิดลนครสวรรค์ อาจารย์สาขาวิชาการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์
4. นางสาวนงนุช วิทยโชคกิติคุณ	หัวหน้าหอผู้ป่วยห้องคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
5. นางสาวรุ่งนภา ศักดิ์ตระกูล	หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์



ภาคผนวก ข

เอกสารพิทักษ์สิทธิผู้ร่วมวิจัย

AF 06-02

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

เรียน .....

ข้าพเจ้านางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้บิดามารดาหรือผู้ปกครองในกลุ่มตัวอย่างที่อายุไม่ถึง 18 ปี ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งได้แก่ การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

หากบิดามารดาหรือผู้ปกครองตกลงที่จะยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตนเอง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา 4) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภวัยรุ่น โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 30-40 นาที

ในโครงการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่จะเกิดประโยชน์ทางอ้อมแก่มารดาวัยรุ่นโดยผลการวิจัยในภาพรวมที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและพัฒนาแนวทางเพื่อทราบถึงผลลัพธ์การตั้งครรภ์ และปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น และนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีของมารดาวัยรุ่นต่อไป เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของทั้งมารดาและทารก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ ต่อท่าน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยบิดามารดาหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่อายุไม่ถึง 18 ปี ในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ บิดามารดาหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่อายุไม่ถึง 18 ปี สามารถปฏิเสธหรือ ยุติการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรับบริการ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิดใส่ตู้เก็บเอกสาร และล็อคกุญแจตลอดเวลา โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้เอกสารได้ สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่านและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่

สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ เมื่อเผยแพร่งานวิจัยแล้วข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกทำลายทันที ผู้วิจัยจะไม่นำข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 086-2008907 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 096-8855202 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์
ผู้วิจัย

AF 06-02

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

(Participant Information Sheet)

รหัสโครงการวิจัย : .....

(สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เป็นผู้ออกรหัสโครงการวิจัย)

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

เรียน .....

ข้าพเจ้านางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์ ตำแหน่ง นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ก่อนที่ท่านจะตกลงเข้าร่วมการวิจัย ขอเรียนให้ท่านทราบรายละเอียดของโครงการวิจัย ให้ทราบถึงวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

โครงการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน ซึ่งได้แก่ การฝากครรภ์ครั้งแรกล่าช้า การสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

หากท่านตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ข้าพเจ้าขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตนเอง โดยมีแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์ 2) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ 3) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา 4) แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภวัยรุ่น โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถามทั้งสิ้นประมาณ 30-40 นาที

ในโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรง แต่จะเกิดประโยชน์ทางอ้อมแก่มารดาวัยรุ่นโดยผลการวิจัยในภาพรวมที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการประเมินและพัฒนาแนวทางเพื่อทราบถึงผลลัพธ์การตั้งครรภ์และปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น และนำไปเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ดีของมารดาวัยรุ่นต่อไป เพื่อความปลอดภัยในชีวิตของทั้งมารดาและทารก ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยงหรืออันตรายใด ๆ ต่อท่าน

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่าน ในครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านสามารถปฏิเสธหรือ ยุติการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ทั้งสิ้น และไม่ต้องแจ้งให้ผู้วิจัยทราบล่วงหน้า ซึ่งการยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการรับบริการ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับข้อมูลของท่านที่เป็นกระดาษแบบสอบถามจะถูกเก็บอย่างมิดชิดใส่ตู้เก็บเอกสาร และล็อคกุญแจตลอดเวลา โดยมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้เอกสารได้ สำหรับข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์ของผู้วิจัย จะถูกใส่รหัสผ่านและมีเพียงผู้วิจัยเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลนี้ได้ เมื่อเผยแพร่งานวิจัยแล้วข้อมูลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะถูกทำลายทันที ผู้วิจัยจะไม่นำ

AF 06-02

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยออกเปิดเผยไม่ว่าในทางใด ๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหาหรือข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันที่ทำการรวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์ หมายเลขโทรศัพท์ 086-2008907 หรือที่ รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริวรรณ แสงอินทร์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 096-8855202 และหากผู้วิจัยไม่ปฏิบัติตามที่ได้ชี้แจงไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถแจ้งมายังคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา กองบริหารการวิจัยและนวัตกรรม หมายเลขโทรศัพท์ 038-102-620 หรืออีเมล buuethics@buu.ac.th

เมื่อท่านพิจารณาแล้วเห็นสมควรเข้าร่วมในการวิจัยนี้ ขอความกรุณาลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมร่วมโครงการที่แนบมาด้วย และขอขอบพระคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์
ผู้วิจัย



ภาคผนวก ค

เอกสารรับรองการวิจัย

สำเนา

ที่ IRB3-023/2566

เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงการวิจัย

รหัสโครงการวิจัย : G-HS105/2565

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์

หน่วยงานที่สังกัด : คณะพยาบาลศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า โครงการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภยันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยและผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงการวิจัยที่เสนอได้ (ดูตามเอกสารตรวจสอบ)

1. แบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ฉบับที่ 2 วันที่ 2 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
2. โครงการวิจัยฉบับภาษาไทย ฉบับที่ 2 วันที่ 2 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 2 วันที่ 27 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566
4. เอกสารแสดงความยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ฉบับที่ 1 วันที่ 19 เดือน มกราคม พ.ศ. 2566
5. แบบเก็บรวมรวบข้อมูล เช่น แบบบันทึกข้อมูล (Data Collection Form)
แบบสอบถาม หรือสัมภาษณ์ หรืออื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ฉบับที่ 2 วันที่ 2 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566
6. เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี) ฉบับที่ - วันที่ - เดือน - พ.ศ. -

วันที่รับรอง : วันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566

วันที่หมดอายุ : วันที่ 24 เดือน มีนาคม พ.ศ. 2567

ลงนาม *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรมร แย้มประทุม*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรมร แย้มประทุม)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชุดที่ 3 (กลุ่มคลินิก/ วิทยาศาสตร์สุขภาพ/ วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี)



โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
SAWANPRACHARAK HOSPITAL

COE No.๑๑/๒๕๖๖

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

ที่อยู่ ๙๙๙ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แห่งใหม่ หมู่ ๗ อาคาร ๑๐๐ ปี ตำบลนครสวรรค์ออก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐ โทร.๐๕๖-๒๑๙๘๘๘ ต่อ ๑๒๖๐๔

เอกสารรับรองโครงการวิจัยแบบเร็ว

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับคนที่เป็นมาตรฐานสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH – GCP

ชื่อโครงการ : ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง

หัวหน้าโครงการวิจัย : นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์
วิธีทบทวน : แบบเร็ว
เอกสารรับรอง : โครงการวิจัยและเอกสาร
วันที่รับรอง : ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖
วันหมดอายุ : ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

.....

(นางรัตติกร ถึงสุข)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์



ที่ นว๐๐๓๓.๑/ ๗๒๔๒

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แห่งใหม่
๙๙๙ หมู่ ๗ ตำบลนครสวรรค์ออก
อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
เรียน นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์
สิ่งที่แนบมาด้วย รายงานการพิจารณา คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ครั้งที่ ๒๘/๒๕๖๖

ตามที่ นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน" และได้เข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ไปแล้วนั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้พิจารณาเอกสารดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการฯ มีมติให้ **"รับรอง"** โครงการตามรายละเอียดเอกสารแนบ

เอกสารรับรองเลขที่	:	COE No.๑๑/๒๕๖๖
วันที่รับรอง	:	๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖
วันที่หมดอายุ	:	๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ขอส่งผลการพิจารณาเอกสารดังกล่าวมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางรัตติกร ถึงสุข)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน ศูนย์วิจัยสุขภาพและนวัตกรรม
โทร. ๐ ๕๖๒๑ ๙๘๘๘ ต่อ ๑๒๖๐๔
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ecthic.spr@gmail.com

สำเนาคู่ฉบับ

ที่ นว๐๐๓๓.๑/๗๒๘๒

โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ แห่งใหม่
๙๙๙ หมู่ ๗ ตำบลนครสวรรค์ออก
อำเภอเมืองฯ จังหวัดนครสวรรค์ ๖๐๐๐๐

๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
เรียน นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์
สิ่งที่แนบมาด้วย รายงานการพิจารณา คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ครั้งที่ ๒๘/๒๕๖๖

ตามที่ นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้ดำเนินการโครงการวิจัย เรื่อง "ปัจจัยทำนายผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของมารดาวัยรุ่นในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง เขตภาคกลางตอนบน" และได้เข้ารับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ไปแล้วนั้น

บัดนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ได้พิจารณาเอกสารดังกล่าวแล้ว คณะกรรมการฯ มีมติให้ **"รับรอง"** โครงการตามรายละเอียดเอกสารแนบ

เอกสารรับรองเลขที่	:	COE No.๑๑/๒๕๖๖
วันที่รับรอง	:	๒ พฤษภาคม ๒๕๖๖
วันที่หมดอายุ	:	๑ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ขอส่งผลการพิจารณาเอกสารดังกล่าวมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางรัตติกร ถึงสุข)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพบริการและมาตรฐาน ศูนย์วิจัยสุขภาพและนวัตกรรม
โทร. ๐ ๕๖๒๑ ๙๘๘๘ ต่อ ๑๒๖๐๔
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ecthic.spr@gmail.com



ภาคผนวก ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

รหัสแบบสอบถาม ☐☐☐☐

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางสูติศาสตร์

คำถาม
ข้อมูลส่วนบุคคล
1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษาสูงสุด .....
3. สถานภาพสมรส ❑ คู่ ❑ หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่
4. อาชีพ ❑ แม่บ้าน ❑ นักเรียน/นักศึกษา ❑ ทำงานโรงงาน/บริษัท ❑ ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว ❑ อื่น ๆ โปรดระบุ .....
5. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน..... ❑ ไม่เพียงพอ ❑ เพียงพอ
6. ลักษณะของครอบครัว ❑ ครอบครัวเดี่ยว: พ่อ แม่ ลูก ❑ ครอบครัวขยาย: พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย
ข้อมูลทางสูติศาสตร์
7. ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด G..... P..... A..... L.....
8. การวางแผนการตั้งครรภ์ ❑ ไม่ได้วางแผน ❑ วางแผน
9. น้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์..... กิโลกรัม ส่วนสูง..... เซนติเมตร ดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์ ..... กิโลกรัม/เมตร^2 น้ำหนักตัวก่อนคลอด..... กิโลกรัม น้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นตลอดการตั้งครรภ์..... กิโลกรัม
10. อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก.....สัปดาห์

คำถาม
11. จำนวนครั้งของการฝากครรภ์.....ครั้ง ❑ ไม่ครบตามเกณฑ์ ❑ ครบตามเกณฑ์
12. การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ❑ ไม่ได้รับ ❑ ได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ) ❑ อินเตอร์เน็ต ❑ โทรทัศน์/วิทยุ ❑ สื่อสิ่งพิมพ์/แผ่นพับ/ประกาศ ❑ บุคลากรทางสุขภาพ ❑ อื่นๆ โปรดระบุ .....
13. ประวัติการใช้สารเสพติดขณะตั้งครรภ์ (เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ยาแอมเฟตามิน เป็นต้น) ❑ ไม่ใช้ ❑ ใช้ โปรดระบุ.....
14. ภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอด ❑ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ❑ มีภาวะแทรกซ้อน ❑ ภาวะซีด ❑ ภาวะความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ❑ อื่น ๆ โปรดระบุ.....
15. อายุครรภ์เมื่อคลอด.....สัปดาห์
16. วิธีการคลอด ❑ คลอดปกติ ❑ คลอดผิดปกติ โปรดระบุ.....
17. น้ำหนักตัวทารกแรกเกิด.....กรัม
18. ภาวะแทรกซ้อนของทารกแรกเกิด ❑ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ❑ มีภาวะแทรกซ้อน โปรดระบุ.....

รหัสแบบสอบถาม □□□□

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมแบบพหุมิติ

คำชี้แจง แบบประเมินชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างของท่าน ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา เมื่อท่านอ่านข้อคำถามแล้ว กรุณาตอบคำถามโดยทำเครื่องหมาย ☑ ในช่องหมายเลขที่ตรงกับความรู้สึกของท่านมากที่สุดตามความเป็นจริง เพียงข้อเดียว และกรุณาตอบคำถามทุกข้อ โดยคำตอบที่ให้มีความหมายดังนี้

7 = เห็นด้วยที่สุด
6 = เห็นด้วยอย่างมาก
5 = เห็นด้วยเล็กน้อย
4 = ความเห็นเป็นกลาง
3 = ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย
2 = ไม่เห็นด้วยอย่างมาก
1 = ไม่เห็นด้วยที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วยที่สุด (7)	เห็นด้วยอย่างมาก (6)	เห็นด้วยเล็กน้อย (5)	ความเห็นเป็นกลาง (4)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (2)	ไม่เห็นด้วยที่สุด (1)
1. ฉันมีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ซึ่งพร้อมจะช่วยเหลือฉัน เมื่อฉันต้องการ							
2. ฉันมีบุคลากรทางการแพทย์ เช่น แพทย์ พยาบาล ซึ่งฉันสามารถแบ่งปันสารทุกข์สุกดิบได้							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							

ข้อความ	เห็นด้วยที่สุด (7)	เห็นด้วยอย่างมาก (6)	เห็นด้วยเล็กน้อย (5)	ความเห็นเป็นกลาง (4)	ไม่เห็นด้วยเล็กน้อย (3)	ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (2)	ไม่เห็นด้วยที่สุด (1)
12.							

รหัสแบบสอบถาม □□□□

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดา

คำชี้แจง ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อให้เข้าใจแล้วทำเครื่องหมาย √ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุดเพียงคำตอบเดียวและกรุณาตอบคำถามทุกข้อแต่ละข้อจะมีคำตอบให้เลือกตอบ ดังนี้

เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด
เห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ค่อนข้างเห็นด้วย	หมายถึง	เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นบางส่วน
ไม่เห็นด้วย	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเป็นส่วนใหญ่
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นทั้งหมด

ข้อคำถาม	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ค่อนข้างเห็นด้วย	ค่อนข้างไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
1. นอกจากการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากโรงพยาบาล ฉันยังหาข้อมูลจากแหล่งอื่นเพิ่มเติม						
2. ฉันสามารถอธิบายข้อมูลด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ให้แก่ผู้อื่นเข้าใจได้						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

รหัสแบบสอบถาม ☐☐☐☐

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้ต้องการสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวทางด้านสุขภาพของท่านในขณะตั้งครรภ์ โปรดอ่านข้อความและพิจารณาว่า ท่านได้กระทำหรือปฏิบัติตรงกับข้อความแต่ละข้อมากน้อยเพียงใด คำตอบของท่านไม่มีถูกหรือผิด ขอให้ท่านตอบให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยให้ท่าน ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ในแต่ละข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเป็นประจำ สม่ำเสมอ
ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบ่อยครั้ง
ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นบางครั้ง
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง หมายถึง ท่านปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นนาน ๆ ครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ท่านไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมตามข้อความนั้นเลย

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
		5	4	3	2	1
ด้านพฤติกรรมทางโภชนาการ						
1.	รับประทานอาหาร 3 มื้อต่อวัน (อาหารเช้า อาหารกลางวัน และอาหารเย็น)					
2.	เลือกอาหารที่ไม่มีน้ำมันมากเกินไป					
3.	.....					
4.	.....					
5.	.....					
6.	.....					
ด้านการสนับสนุนระหว่างกันในสังคม						

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
		5	4	3	2	1
7.	ฉันแบ่งปันและบอกเกี่ยวกับความรู้สึกของฉันกับผู้อื่น					
8.	.....					
9.	.....					
10.	.....					
11.	.....					
12.	.....					
13.	.....					
ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ						
14.	เวลาซื้อของ ฉันอ่านฉลากบนบรรจุภัณฑ์อาหาร					
15.	.....					
16.	.....					
17.	.....					
18.	.....					
19.	.....					
20.	.....					
21.	.....					
ด้านความชื่นชมในชีวิต						
22.	ฉันชอบตัวเอง					
23.	.....					
24.	.....					
25.	.....					
26.	.....					
27.	.....					
28.	.....					

ลำดับ	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติบ่อยครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติเลย
		5	4	3	2	1
29.	.....					
ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย						
30.	ฉันยืดเส้นยืดสายทุกวัน					
31.	.....					
32.	.....					
33.	.....					
ด้านการจัดการกับความเครียด						
34.	ฉันพยายามใช้เวลาพักผ่อนทุกวัน					
35.	.....					
36.	.....					
37.	.....					
38.	.....					
39.	.....					

ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ-สกุล นางสาวไอศวรรยา ยอดวงษ์

วัน เดือน ปี เกิด 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2537

สถานที่เกิด จังหวัดนครสวรรค์

สถานที่อยู่ปัจจุบัน 499/26 หมู่ 5 ตำบลพยุหะ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์ 60130

ประวัติการศึกษา พ.ศ. 2561 พยาบาลศาสตรบัณฑิต
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
พ.ศ. 2568 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา